

Ismo Linnosmaa  
Sari Jokinen  
Anni Vilkkö  
Anja Noro  
Eero Siljander

# Omaishoidon tuki

Selvitys omaishoidon tuen palkkioista ja  
palveluista kunnissa vuonna 2012

RAPORTTI

Ismo Linnosmaa, Sari Jokinen, Anni Vilkkö,  
Anja Noro, Eero Siljander

## Omaishoidon tuki

Selvitys omaishoidon tuen palkkioista ja  
palveluista kunnissa vuonna 2012



TERVEYDEN JA  
HYVINVOINNIN LAITOS

Raportti 9/2014

© Kirjoittajat ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL)

Taitto: Taittotalo PrintOne, Helsinki 2014

ISBN 978-952-302-143-3 (painettu)

ISSN 1798-0070 (painettu)

ISBN: 978-952-302-144-0 (verkkojulkaisu)

ISSN 1798-0089 (verkkojulkaisu)

<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-144-0>

Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy  
Tampere 2014

# LUKIJALLE

Omaisten ja läheisten huolenpito ja keskinäisauttaminen on luonnollista, inhimillistä ja arvokasta hoivan tarpeisiin vastaamista. Hyvä elämä rakentuu rikkaasta ja sujuvasta arjesta kotona asuen, rajoittavasta vammasta, sairaudesta tai toimintakyvyn heikkenemisestä huolimatta. Tämän tavoitteen saavuttaminen, silloin kun toisten apu on välttämätöntä, edellyttää eri toimijoiden yhteistyötä. Hoitoa ja huolenpitoa tarvitsevaa ja hänen läheistään ei saa jättää yksin selviytymään. Hyvinvointivalttiollisen tuen tulee varmistaa, että apu on riittävää eikä auttaja uuvu tehtävänsä alle.

Suomessa sosiaalipalvelut ja etenkin omaishoidon tuen lainsäädäntö tukevat ja mahdollistavat omaisten tekemää vaativaa ja sitovaa hoivatyötä. Omaishoidon tuen lainsäädännön toteutumista on seurattu jo kahdenkymmenen vuoden ajan, ja vuosien varrella siihen on tehty useita parannuksia. Yhä on kuitenkin kehittämisen tarvetta. Suurimpia haasteita sisältyy yhdenvertaisuuden toteutumiseen valtakunnallisesti niin omaishoidettavien kuin heidän omaishoitajiensa osalta. Tuen saataavuudessa ja kattavuudessa on alueellista vaihtelua, eikä omaishoitajien jaksamista kyetä vielä tukemaan vastaamalla heidän tarpeisiinsa riittävän monipuolisesti.

Kansallisessa omaishoidon kehittämisohjelmassa otettiin keväällä 2014 kantaa nykyisen omaishoidon tuen lainsäädännön uudistamistarpeisiin tiedossa olevien ongelmien poistamiseksi. Työn tueksi Sosiaali- ja terveysministeriö antoi Terveiden ja hyvinvoinnin laitokselle tehtäväksi tuottaa kyselytietoa omaishoidon tuen toteutumisesta ja kehittämistarpeista kunnissa. Tähän raporttiin on koottu kyselytieto keskeisin osin ja verrattu nykytilaa aiempien kyselyiden tuloksiin. On ilahduttavaa, että kuntavastaajat ovat tunnistaneeet omaishoidon tuen kehittämistarpeet ja heillä on halua edistää omaishoidettavien ja heidän hoitajiensa hyvinvointia. Nyt tarvitaan näkemystä ja hyvää tahtoa myös näistä asioista päättäviltä, jotta omaishoito saisi sosiaali- ja terveyspalvelujen rakenteiden uudistuessa entistä tukevamman jalansijan.

Ismo Linnosmaa

Sari Jokinen

Anni Vilkkio

Anja Noro

Eero Siljander

# TIIVISTELMÄ

Ismo Linnosmaa, Sari Jokinen, Anni Vilkkö, Anja Noro, Eero Siljander. Omaishoidon tuki – Selvitys omaishoidon tuen palkkioista ja palveluista kunnissa vuonna 2012. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Raportti 9/2014 47 sivua. Helsinki 2014. ISBN 978-952-302-143-3 (painettu); ISBN 978-952-302-144-0 (verkkojulkaisu)

Tutkimuksen aineisto kerättiin vuodenvaihteessa 2012–2013 Manner-Suomen ja Ahvenanmaan kunnista (n=336), joista 227 (68 %) vastasi. Vastaukset kattoivat 66 prosenttia omaishoidettavista ja 63 prosenttia omaishoitajista. Miesten osuus omaishoidettavista (56 %) ja omaishoitajista (31 %) oli jatkanut kasvuaan. Ensimmäistä kertaa enemmän kuin puolet omaishoitajista oli yli 64-vuotiaita. Arviolta alle viidennes omaishoitajista oli ansiotyössä. Yleisimmät hoidon ja huolenpidon tarvetekijät olivat vanhuuteen liittyvä fyysisen toimintakyvyn heikkeneminen, muistisairaudet ja muut muistiongelmien sekä pitkäaikaiset fyysiset sairaudet tai vammat.

Omaishoidon tuen keskipalkkio oli 440,30 euroa kuntien antamien vastausten perusteella. Nimellinen keskipalkkion kasvu on ollut hidasta 2000-luvun loppuvuosina, 0,9 prosenttia vuodessa. Hoitopalkkion kasvu on ollut merkittävästi hitaampaa kuin hintojen nousu, joten hoitopalkkion ostovoima on pienentynyt.

Omaishoidon tuen hakemuksista hylättiin vastanneissa kunnissa hiukan yli viidennes. Yleisin syy oli omaishoidettavan vähäinen hoidon ja huolenpidon tarve, mutta kunnista melkein joka viides oli joutunut hylkäämään hakemuksia myös määrärahojen riittämättömyyden vuoksi. Valtakunnallisesti yhtenäisiä omaishoidon tuen myöntämisen kriteerejä kaivattiin. Jopa 65 prosenttia piti parempana, että omaishoidon tuen myöntämisestä vastaisi Kela. Omaishoidon tukeen sisältyvät palvelut sen sijaan nähtiin tulevaisuudessakin kunnan tehtäviin kuuluviksi.

Arviolta 26 - 46 prosenttia omaishoidettavista olisi ollut laitoshoidossa ilman omaishoitajaa. Omaishoidettavien suuri hoidon tarve ja se, että noin puolet omaishoitajista jätti lakisääteiset vapaansa pitämättä, koettiin haasteelliseksi. Lakimuutoksen mahdollistama sijaishoitajan toimeksiantosopimus ei ollut lisännyt koettiin annettavaa tai kodinomaisempaa sijaishoittoa. Sijaishoito järjestettiin edelleen suurimmaksi osaksi lyhytaikaisena laitoshoidon. Tärkeänä pidettiin omaishoitajan palveluiden (esim. terveystarkastukset, kuntoutuspalvelut) monipuolistamista.

Vain hiukan yli puolet kunnista oli asettanut omaishoidon tuelle julkilausuttuja tavoitteita, joten omaishoidon tuen kysymysten sisällyttämisessä osaksi strategista suunnittelua on vielä parannettavaa.

Avainsanat: omaishoito, omaishoidon tuki, sosiaalipalvelut



# SAMMANDRAG

Ismo Linnosmaa, Sari Jokinen, Anni Vilkkö, Anja Noro, Eero Siljander. Stöd för närståendevård – Utredning av arvoden och tjänster gällande stödet för närståendevård i kommunerna 2012. Institutet för hälsa och välfärd (THL). Rapport 9/2014 47 sidor. Helsingfors 2014.

ISBN 978-952-302-143-3 (tryckt); ISBN 978-952-302-143-3 (webbpublikation)

Materialet för undersökningen samlades in vid årsskiftet 2012–2013 i kommunerna i Fastlandsfinland och på Åland (N=336), av vilka 227 (68 %) svarade. Svaren omfattade 66 procent av dem som får närståendevård och 63 procent av närståendevårdarna. Andelen män av dem som får närståendevård (56 %) och av närståendevårdarna (31 %) har fortsatt att öka. För första gången var mer än hälften av närståendevårdarna över 64 år. Uppskattningsvis mindre än en femtedel av närståendevårdarna förvärvsarbetade. De vanligaste behovsfaktorerna gällande vård och omsorg var en försämring av den fysiska funktionsförmågan, minnessjukdomar och andra minnesproblem som berodde på ålder samt långvariga fysiska sjukdomar eller skador.

Det genomsnittliga arvodet för närståendevård var 440,30 euro utifrån kommunernas svar. Ökningen av det nominella genomsnittliga arvodet har varit långsam under slutet av 2000-talet, 0,9 procent per år. Vårdarvodet har stigit betydligt långsammare än priserna, vilket gör att närståendevårdarnas köpkraft minskat.

I de kommuner som svarade fick drygt en femtedel avslag på sin ansökan om stöd för närståendevård. Den vanligaste orsaken var att behovet av vård och omsorg av den som fick närståendevård inte var tillräckligt stort, men nästan en femtedel av kommunerna hade blivit tvungna att avslå ansökningar också på grund av att det inte funnits tillräckligt med anslag. De tillfrågade efterlyste riksomfattande enhetliga kriterier för beviljande av stöd för närståendevård. Så många som 65 procent ansåg det bättre att FPA svarar för beviljandet av stöd för närståendevård. Däremot ansåg de tillfrågade att de tjänster som ingår i stödet för närståendevård hör till kommunens uppgifter också i framtiden.

Uppskattningsvis 26–46 procent av dem som fick närståendevård skulle ha fått institutionsvård om de inte hade haft en närståendevårdare. Det stora behovet av vård bland dem som får närståendevård och det faktum, att cirka hälften av närståendevårdarna inte tog ut sin lagstadgade ledighet, uppfattades som en utmaning. En lagändring har gjort det möjligt att ingå uppdragsavtal med en avlösare. Detta har emellertid inte ökat den avlösarservice som ges i hemmet eller tillgången på hemlik avlösarservice. Avlösarservice ordnades fortfarande till största delen i form av kortvarig institutionsvård. Det ansågs viktigt att erbjuda närståendevårdarna mångsidigare tjänster (t.ex. hälsoundersökningar, rehabiliteringstjänster).

Endast något mer än hälften av kommunerna hade ställt upp uttalade mål för närståendevården. Det finns därför fortfarande utrymme för förbättringar när det gäller att inkludera frågor om stöd för närståendevård som en del av den strategiska planeringen.

Nyckelord: närståendevård, stöd för närståendevård, socialservice

# ABSTRACT

Ismo Linnosmaa, Sari Jokinen, Anni Vilkkö, Anja Noro, Eero Siljander. Support for informal care – Report on the fees and services of informal care support in municipalities in 2012. National Institute for Health and Welfare (THL). Report 9/2014 47 pages. Helsinki 2014.

ISBN 978-952-302-143-3 (printed); ISBN 978-952-302-143-3 (online publication)

The material of the study was collected at the turn of the year 2012-2013 from the municipalities in Mainland Finland and Åland (N=336), of which 227 (68%) answered the survey. The answers covered 66 per cent of patients receiving informal care and 63 per cent of informal caregivers. The share of men as the recipients of informal care (56%) and as informal caregivers (31%) had continued to grow. For the first time, more than half of the informal caregivers were over 64. Approximately less than a fifth of the informal caregivers were in paid employment. The most common factors related to the need of treatment and care included weakening of physical functional capacity, memory diseases and other memory problems as well as long term physical diseases or disabilities connected to old age.

Based on the answers provided by the municipalities, the average fee for informal care was EUR 440.30. In the last few years before 2010, the nominal increase in the average fee has been slow at 0.9% per year. Since the increase in care fees has been notably slower than the rise in prices, the purchasing power of care fees has decreased.

Slightly more than a fifth of the informal care support applications were rejected in the municipalities that responded to the survey. The most common reason was the minor need for treatment and care of the person receiving informal care, although nearly one in five municipalities had to reject applications due to the lack of appropriations. There is a need for nationally standardised criteria for granting informal care support. As much as 65 per cent considered it better if Kela would be in charge of granting informal care support. Instead, services included in informal care support were considered to belong to the tasks of the municipality even in the future.

Without the informal caregiver, approximately 26 to 46 per cent of the patients receiving informal care would have been in institutional care. The substantial need for treatment of the patients receiving informal care and the fact that approximately half of the informal caregivers did not take their statutory holidays was considered to be challenging. A commission agreement for a substitute caregiver enabled by the law amendment has not increased home-like substitute care and substitute care provided at home. In most cases, substitute care was still arranged as short-term institutional care. Diversification of informal caregivers' services (e.g. health examinations, rehabilitation services) was considered important.

Only slightly more than half of the municipalities had set publicly expressed goals for informal care support, so there is still scope for improvement in including the questions of informal care support as part of strategic planning.

Keywords: informal care, support for informal care, social services

# Sisällys

Lukijalle/Esipuhe .....	3
Tiivistelmä .....	4
Sammandrag .....	5
Abstract .....	6
1 Johdanto .....	9
2 Tutkimusaineisto .....	12
3 Omaishoidon tuella hoidettavat .....	13
Hoidon ja huolenpidon tarvetekijät .....	14
4 Omaishoitajat .....	17
5 Omaishoidon tuen hakemusten arviointi ja päätöksenteko .....	19
Tuen myöntämisen kriteerit ja päätösvalmistelu.....	19
Omaishoitajan soveltuvuuden arviointi .....	22
Hakemusten hylkäämisperusteet .....	22
6 Omaishoidon tuen palkkiot .....	24
7 Omaishoidon tuen palvelut .....	29
Omaishoitajien vapaapäivät ja niiden aikaisen sijaishoidon järjestäminen.....	29
Omaishoitajalle annettavat muut tukipalvelut.....	32
Omaishoidettavalle annettavat palvelut.....	33
8 Omaishoidon tuen asiakasmaksut ja palvelusetelit .....	36
9 Omaishoidon tuen tavoitteet ja kehittämistarpeet kunnissa .....	39
Omaishoidon tuen ja palvelujen haasteet ja kehittämistarpeet kunnissa .....	40
Omaishoidon tuen sisällyttäminen hoito- ja palvelusuunnitelmiin .....	41
Omaishoidon tuen palkkioiden ja palveluiden kehittäminen .....	42
10 Yhteenveto ja johtopäätöksiä .....	44
Lähteet .....	47





# 1 JOHDANTO

Vanhusten, vammaisten tai sairaiden henkilöiden hoidon ja huolenpidon tarpeisiin vastataan Suomessa sekä virallisella ammattihenkilöiden toteuttamalla että epävirallisella omaisten, läheisten tai muiden vapaaehtoisten antamalla hoivalla. Hyvinvointi ja palvelut -tutkimusaineiston (HYPA) perusteella maassamme arvioitiin vuonna 2013 olleen noin 350 000 henkilöä, jotka kokivat olevansa omaisensa tai muun läheisensä pääasiallisia auttajia (Vilkko ym. 2014). Tämän selvityksen kohteena on omaishoidon lain nojalla tuettu omaishoito, jonka piirissä on vain osa omaishoitotilanteista. Laki omaishoidon tuesta (937/2005) määrittelee omaishoidon tuen hoidettavan henkilön sosiaalipalveluksi, jonka järjestämisestä kunnan on huolehdittava tätä tarkoitusta varten varaamiensa määrärahojen rajoissa. Omaishoidon tuki sisältää hoidettavalle annettavat tarvittavat palvelut ja omaishoitajalle maksettavan hoitopalkkion, omaishoitajan lakisääteiset vapaapäivät sekä omaishoitoa tukevat palvelut. Omaishoidon tukea saavien omaishoitajien antaman hoidon ja huolenpidon voidaan katsoa asettuvan virallisen ja epävirallisen hoivan rajapintaan. Tukea saavat omaishoitajat eivät ole ammattihenkilöitä eivätkä työsopimussuhteessa kuntaan, mutta he ovat sitoutuneet kirjallisella sopimuksella tehtäväänsä ja heille maksetaan tekemästään työstä palkkio. Vuonna 2012 omaishoidon tuen piirissä olevia omaishoitajia oli 40 492 ja heidän hoidettavanaan oli yhteensä 40 596 henkilöä (THL, Sotkanet).

Omaishoidon tuki on ollut määrätietoisen kehittämisen kohteena viime vuosina. Omaishoito on osaltaan tukemassa toimintakyvyn vajeen, sairauden, vamman tai muun vastaavanlaisen syyn vuoksi hoitoa ja huolenpitoa tarvitsevien henkilöiden itsenäistä asumista kotiloissa. Omaishoito kuuluu osaksi kotiin annettavien palvelujen kehittämistyötä, joka asetettiin yleiseksi tavoitteeksi Kataisen hallituksen hallitusohjelmassa (Valtioneuvoston kanslia 2011). Omaishoidon tuen osalta tämä tarkoittaa toimenpiteitä tuen saatavuuden parantamiseksi ja kattavuuden lisäämiseksi sekä omaishoitajien jaksamisen tukemiseksi mm. kehittämällä tuki-, sosiaali- ja terveyspalveluja sekä mahdollistamalla vapaapäivien pitäminen sijaishoitomuoto- ja monipuolistamalla.

## Selvityksen tarkoitus ja tavoitteet

Sosiaali- ja terveysministeriö (STM) antoi toimeksiannon Terveiden ja hyvinvoinnin laitokselle (THL) toteuttaa vuonna 2012 omaishoidon tukea koskeva kysely kuntiin, kuntayhtymiin ja sairaanhoitopiireihin. Selvityksen tavoitteena oli tuottaa uutta tietoa omaishoidon tilasta tarkastelemalla kunnallisen omaishoidon piirissä olevia omaishoidettavia ja omaishoitajia, heille maksettavia hoitopalkkioita, omaishoidon tukeen sisältyviä palveluja sekä kartoittamalla omaishoidon tuen kehittämistarpeita. Selvityksestä saatua tietoa käytettiin sosiaali- ja terveysministeriön tammikuussa

2012 asettaman kansallisen omaishoidon kehittämisohjelmatyöryhmän työn tukena (STM 2014). Selvitys oli jatkoa aiemmilte omaishoidon tilaa kartoittaneille kyselytutkimuksille (Voutilainen ym. 2007, Vaarama ym. 2003, Vaarama ym. 1999, Antikainen ja Vaarama 1995). Näiden aiempien tutkimusten mukaan omaishoidon tuen määrärahat kunnissa vaihtelivat suuresti ja olivat riippuvaisia taloudellisista suhdanteista. Myös tuen myöntämisperusteet, omaishoidon tuen tukijärjestelmät, toimintakyvyn ja hoidon tarpeen arviointi vaihtelivat kunnittain.

Omaishoidon tuessa on vuoden 2006 tehdyn selvityksen jälkeen tapahtunut kaksi merkittävää lakimuutosta. Omaishoitajan lakisääteisen vapaan määrää on vuonna 2007 lisätty kolmeen vuorokauteen kuukaudessa ja omaishoitajan vapaan aikaisen sijaishoidon järjestämisvaihtoehtoksi on vuonna 2011 lisätty mahdollisuus käyttää kunnan kanssa toimeksiantosopimuksen tehnyttä sijaishoitajaa (perheenjäsen, ystävä, tms.) (318/2011). Lisäksi työsopimuslakiin (55/2001) säädettiin 2011 hoitovapaa-oikeus omaistaan hoitaville (197/2011).

Selvityksen keskeiset tehtävät olivat

1. analysoida omaishoidettavien ja omaishoitajien lukumääriä ja taustatekijöitä,
2. seurata omaishoidon tuen palkkioiden kehitystä ja omaishoidettaville ja -hoitajille annettuja palveluja ja
3. analysoida kuntavastaajien näkemyksiä omaishoidon tuen palveluiden kehittämiseksi sekä järjestämis- ja rahoitusvastuun selkeyttämiseksi.

## Omaishoidon tuen määritelmä

Omaishoidon tuki on lakisääteinen sosiaalipalvelu, jonka järjestämisestä kunta huolehtii tätä tarkoitusta varten varaamiensa määrärahojen puitteissa. Samoin kuin aiemmissa vastaavissa selvityksissä (Voutilainen ym. 2007) omaishoidon tuella tarkoitetaan myös tässä selvityksessä kokonaisuutta, joka muodostuu hoidettavalle annettavista tarvittavista palveluista ja omaishoitajalle annettavasta hoitopalkkios- ta, vapaasta ja omaishoitoa tukevista palveluista, jotka määritellään hoito- ja palvelusuunnitelmassa.

Laki omaishoidon tuesta (937/2005) määrittelee, että omaishoito on vanhuk- sen, vammaisen tai sairaan henkilön hoivan ja huolenpidon järjestämistä kotiolois- sa omaisen tai muun hoidettavalle läheisen henkilön avulla. Laissa omaishoitajal- la tarkoitetaan hoidettavan omaista tai muuta hoidettavalle läheistä henkilöä, joka on tehnyt omaishoitosopimuksen kunnan kanssa. Omaishoitosopimus on hoitajan ja hoidon järjestämisestä vastaavan kunnan välinen toimeksiantosopimus omais- hoidon järjestämisestä. Lain mukaan kunnan on laadittava omaishoidon tuesta yh- teistyössä omaishoidettavan ja omaishoitajan kanssa hoito- ja palvelusuunnitelma, joka liitetään sopimukseen. Hoito- ja palvelusuunnitelman tulee sisältää hoitajan antaman hoidon lisäksi hoidon turvaamiseksi välttämättömät palvelut sekä niiden

määrä ja sisältö. Omaishoidon tukeen sisältyvistä palveluista perittävistä maksuista ei ole erikseen säädetty. Hoito- ja palvelusuunnitelmasta tulee myös ilmetä, miten hoito suunnitellaan järjestettäväksi hoitajan vapaan tai muun poissaolon aikana. Omaishoitajalla on oikeus vähintään kolmen vuorokauden mittaiseen vapaaseen kuukaudessa, jos hän on kuukauden aikana sidottu hoitoon ympärivuorokautisesti, vaikka hoidettava viettäisi kodin ulkopuolella vähäisen osan vuorokaudesta. Kunta voi myöntää omaishoidon tuen saajille myös enemmän vapaata ja alle vuorokauden mittaisia virkistysvapaita. Hoidettavalta voidaan periä omaishoitajan vapaan aikaisesta sijaishoidosta asiakasmaksu, joka sai vuonna 2012 olla korkeintaan 10,60 euroa vuorokaudelta.

Omaishoitajille maksettavien hoitopalkkioiden määrästä ja alimmista hoitopalkkioista säädetään omaishoidon tuesta annetun lain (937/2005) 5 §:ssä. Hoitopalkkioita tarkistetaan kalenterivuositain työntekijän eläkelain (395/2006) 96 §:ssä tarkoitetulla palkkakertoimella. Sosiaali- ja terveysministeriö antaa vuosittain omaishoidon tuen yleisiä tavoitteita ja palkkioita koskevat suositukset ja suuntaviivat. Omaishoitajalle maksettavan hoitopalkkion vähimmäismäärä oli vuoden 2012 alusta 364,35 euroa kuukaudessa ja raskaan siirtymävaiheen hoitopalkkion vähimmäismäärä 728,69 euroa kuukaudessa. Muilta osin kunta voi soveltaa omia maksuluokkia. Omaishoidosta maksettava hoitopalkkio on veronalaista tuloa, josta toimitetaan ennakonpidätys. Toimeksiantosopimuksen tehnyt omaishoitaja ei ole työsopimuslain (55/2001) tarkoittamassa työsuhteessa sopimuksen tehneeseen kuntaan, hoidettavaan tai hoidettavan huoltajaan. Sopimuksen tehneellä omaishoitajalla on kuitenkin oikeus eläkkeeseen kunnallisten viranhaltijain ja työntekijäin eläkelain (202/1964) mukaisesti. Kunnan on otettava tapaturmavakuutuslain (608/1948) 57 §:n 1 momentin mukainen vakuutus toimeksiantosopimuksen tehneelle omaishoitajalle.

Omaishoidon tukea voi kotikunnastaan hakea kuka tahansa hoidon ja huolenpidon tarpeessa oleva henkilö. Omaishoidon tuen myöntämisestä päätettäessä tarkastellaan sekä omaishoidon tuen hakijan hoidon ja huolenpidon tarvetta että mahdollisen omaishoitajan terveyden ja toimintakyvyn riittävyyttä. Lisäksi hoidettavan kodin on oltava terveydellisiltä ja muilta olosuhteiltaan siellä annettavalle hoidolle sopiva. Oleellista on, että tuen myöntämisen arvioidaan olevan hoidettavan edun mukaista. Omaishoidon tukea hakevan henkilön kotikunta päättää omaishoidon tuen myöntämisestä tai myöntämättä jättämisestä omaishoidon tuen lainsäädännön puitteissa. Omaishoidon tuen myöntämisestä, palkkioista ja palveluista päättäminen kuuluu kunnallisen itsemääräämisoikeuden piiriin, sillä se on harkinnanvarainen ja määrärahasidonnainen tukimuoto. Kunnat rahoittavat omaishoidon tuen ja saavat siihen valtionosuutta. Eri kunnissa voi olla omaishoidon tuen myöntämiseen erilaisia arviointikriteerejä, erisuuruisia palkkioita ja omaishoitajan lakisääteisten vapaiden järjestämisen suhteen erilaisia palvelurakenteita.

## 2 TUTKIMUSAINEISTO

Seurantatutkimuksen aineisto kerättiin vuodenvaihteessa 2012–2013 sähköisellä kyselyllä kunnista ja kuntayhtymistä. Vuoden 2006 selvityksessä (Voutilainen ym. 2007) käytettyä kyselylomaketta ja sen osioita täsmennettiin. Kyselylomakkeeseen lisättiin kaksi uutta osiota, jotka mittasivat palvelusetelin käyttöä ja sijaishoidon hyödyntämistä kunnissa. Kyselylomake esiteltiin Kuusikko-kunnissa.

Kysely lähetettiin kaikkiin Manner-Suomen kuntiin ja Ahvenanmaalle (n=336). Kyselyyn vastasivat vanhus- ja/tai vammaispalvelujohtajat, sosiaali- tai perusturvajohtajat, johtavat sosiaalityöntekijät tai muut omaishoidon tuesta vastaavat viranhaltijat. Lomakkeista muutama jouduttiin hylkäämään, koska ne oli täytetty hyvin vaivallisesti. Hyväksytyjä vastauksia saatiin kaikkiaan 207 kappaletta ja ne sisälsivät tiedot 202 kunnasta ja kuntayhtymästä (192 yksittäistä kuntaa ja 10 kuntayhtymää, joihin kuului 35 kuntaa) eli yhteensä 227 (68 %) kunnasta. Neljästä kunnasta tuli kaksi erillistä vastausta, koska niissä esimerkiksi eläkeikäisen ja muun väestön omaishoidon tuesta vastasivat eri tahot. Yksi sairaanhoitopiiri vastasi kolmen kunnan puolesta niiden yli 65 vuotiaiden omaishoidettavien osalta. Saatu tieto kattoi 66 prosenttia vuonna 2012 omaishoidon tukea saaneista omaishoidettavista henkilöistä ja 63 prosenttia omaishoitajista. Vastanneiden kuntien väestö kattoi 83 prosenttia koko Suomen väestöstä. Kuntakoon asukasluokkohtainen luokitus on sama kuin vuoden 2006 selvityksessä. Suuret ja keski-suuret kunnat (yli 20 000 asukasta) osallistuivat kyselyyn aktiivisemmin kuin pienet kunnat (Taulukko 1).

Taulukko 1. Omaishoidon tuen kyselyyn vastanneet kunnat ja kuntayhtymät

Kunnan asukasluku	Vastanneet kunnat (Kaikki kunnat), lkm	Asukkaita vastanneissa kunnissa kuntien ilmoituksen mukaan (Kaikki kunnat*) 31.12.2011, lkm	Osuus väestöstä kyselyssä (Osuus väestöstä koko maassa) 31.12.2011, %
alle 2000	21 (45)	28 060 (56 786)	0,6 (1,1)
2000 – 5 999	86 (128)	325 298 (482 798)	7,3 (8,9)
6000 – 9 999	38 (60)	310 120 (478 845)	6,9 (8,9)
10 000 – 19 999	36 (47)	532 957 (675 291)	11,9 (12,5)
20 000 – 39 999	26 (32)	697 756 (883 787)	15,6 (16,4)
40 000 – 99 999	13 (16)	839 974 (1 001 463)	18,9 (18,5)
yli 100 000	7 (8)	1 637 457 (1 823 175)	36,6 (33,7)
<b>Yhteensä</b>	<b>227 (336)</b>	<b>4 471 542 (5 402 145)</b>	<b>100 (100)</b>

\*Väestörekisteritietojen mukaan

### 3 OMAISHOIDON TUELLA HOIDETTAVAT

Kyselyyn vastanneet kunnat ja kuntayhtymät (n=202) ilmoittivat, että sukupuolijakauman mukaan eriteltynä heillä oli 30.4.2012 yhteensä 26 680 omaishoidon tuella hoidettavaa henkilöä. Kun tätä lukua verrataan virallisen tilaston vuotta 2012 koskeviin lukuihin, kysely kattoi 66 prosenttia koko maassa tilastoiduista omaishoidon tukea saaneista henkilöistä (n=40 596) (THL, Sotkanet). Vastaajien mukaan omaishoidettavista miehiä oli 56 prosenttia (n=14 978) ja naisia 44 prosenttia (n=11 702). Aiempi omaishoidon tuen selvityksiin verrattaessa näkyy miesten osuuden selvä kasvu vuodesta 2002 alkaen, jolloin miehiä ensimmäistä kertaa oli hieman yli puolet hoidettavista. Vuoden 2006 selvityksessä miehiä oli 54 prosenttia (Voutilainen ym. 2007).

Kyselyyn vastanneiden kuntien ilmoittamissa omaishoidettavien ikäjakaumissa painottuivat jonkin verran virallista tilastoa enemmän nuoret omaishoidon tuella hoidettavat (Taulukko 2). Vastaavasti iäkkäämpiä on vastaajien mukaan hiukan virallisen tilaston tietoa vähemmän. Vastanneissa kunnissa 16 prosenttia omaishoidon tuella hoidettavista kuului alle 17-vuotiaiden ikäryhmään, kun vuonna 2006 tehdyssä selvityksessä heitä oli 13 prosenttia. Aikuisia 18–64 -vuotiaita oli kyselyn mukaan 20 prosenttia (vuonna 2006 22 %). Kaikkiaan 64 prosenttia omaishoidettavista oli yli 64-vuotiaita (2006 65 %). Suurin iäkkäiden ryhmä kyselyssä olivat 75–84 -vuotiaat, joiden osuus oli 29 prosenttia (2006 30 %). Yli 85-vuotiaita omaishoidettavia oli 18 prosenttia kaikista vastaajien ilmoittamista omaishoidon tuen asiakkaisista (2006 17 %).

Taulukko 2. Omaishoidettavien ikäjakauma

Ikäryhmä	Vastanneita kuntia ja kuntayhtymiä, lkm	Omaishoidettavia, lkm	Osuus omaishoidettavista, %	Omaishoidettavia, lkm (Sotkanet 2012)	Osuus omaishoidettavista, % (Sotkanet 2012)
0-17	202	4 167	15,8	5 829	14,4
18-64	202	5 378	20,4	7 746	19,0
65-74	202	4 519	17,1	6 816	16,8
75-84	202	7 693	29,1	12 572	31,0
yli 84	202	4 636	17,6	7 633	18,8
Yhteensä		26 393*	100	40 596	100

\*Ikäryhmittäistä tietoa ei saatu kaikista omaishoidettavista



## Hoidon ja huolenpidon tarvetekijät

Omaishoidon piirissä olevien henkilöiden hoidon ja huolenpidon tarve on arvioitu heidän hakiessaan omaishoidon tukea. Kyselyssä pyydettiin erittelyä kuntien omaishoidon tuen asiakkaiden hoidon ja huolenpidon syistä 30.4.2012 sekä arviota heidän tarvitsemansa hoidon ja huolenpidon määrästä samana ajankohtana. Hoidontarpeen määrän arvio kertoo hoidon vaativuudesta ja sitovuudesta. Vastaajilta saadut arviot koskivat yhteensä 20 780 asiakasta, mikä vastaa 77 prosenttia kaikkiaan kyselyssä ilmoitetuista omaishoidon tuen saajista (Taulukko 3). Omaishoidettavien hoidon tarve vaikuttaa olevan varsin sitovaa ja vaativaa, sillä runsaasti tai melko paljon hoitoa ja huolenpitoa tarvitsi omaishoidettavista miltei 70 prosenttia. Jonkin verran hoivaa ja huolenpitoa vaativien osuus oli vastaajien arvioiden mukaan 28 prosenttia. Omaishoidettavissa oli kuitenkin myös vähän tai verrattain vähän hoivaa ja huolenpitoa tarvitsevia, yhteensä noin 4 prosenttia.

Taulukko 3. Omaishoidettavien hoidon ja huolenpidon tarpeen määrä

Tarpeen määrä	Vastanneita kuntia ja kuntayhtymiä, lkm	Omaishoidettavia, lkm	Osuus omaishoidettavista, %
Runsaasti huolenpitoa ja hoivaa tarvitsevat	178	5 904	28,4
Melko paljon huolenpitoa ja hoivaa tarvitsevat	176	8 267	39,8
Jonkin verran huolenpitoa ja hoivaa tarvitsevat	139	5 778	27,8
Verrattain vähän huolenpitoa ja hoivaa tarvitsevat	91	720	3,4
Vähän huolenpitoa ja hoivaa tarvitsevat	74	113	0,5
<b>Yhteensä</b>		<b>20 780</b>	<b>100</b>

Omaishoidettavien hoidon ja huolenpidon tarpeen pääasiallisia syitä koskevaan kysymykseen saatiin vastauksia 15 084 omaishoidettavan osalta, mikä oli 56 prosenttia vastanneiden kuntien ja kuntayhtymien omaishoidettavista (Taulukko 4). Vastausten perusteella omaishoidettavien kolme yleisintä hoidon ja huolenpidon tarvetekijää olivat vanhuuteen liittyvä fyysisen toimintakyvyn heikkeneminen (29 %), muistisairaudet ja muut muistiongelmät (26 %) ja pitkäaikaiset fyysiset sairaudet tai vammat (25 %). Myös kehitysvammaisuus oli vastausten perusteella huomattava hoidon ja huolenpidon tarpeen syy (15 %), johon omaishoidon tukea kohdentui. Psykiatristen sairauksien nojalla omaishoidon tukea saavia arvioitiin olleen noin kolme prosenttia. Muiden tekijöiden kuten päihdesairauksien ja hoidollisesti raskaiden siirtymävaiheiden osuudet olivat edellisiin verrattuna pieniä, alle prosentin luokkaa kokonaismäärästä. Niiden omaishoidettavien osuus, joiden hoidon tar-

ve johtui vanhuuteen liittyvästä fyysisen toimintakyvyn heikkenemisestä tai muistisairauksista näyttäisi kasvaneen vuodesta 2006 (Voutilainen ym. 2007) kymmenisen prosenttiyksikköä.

Taulukko 4. Omaishoidettavien (n=15 084) hoidon pääasialliset tarvetekijät

Hoidon pääasiallinen tarvetekijä	Vastanneita kuntia ja kuntayhtymiä (n=173), lkm	Omais-hoidettavia, lkm	Osuus omais-hoidettavista, %
Fyysisen toimintakyvyn heikkeneminen	166	4 363	29,0
Muistisairaus tai muut muistiongelmät	164	3 901	25,9
Pitkäaikainen fyysinen sairaus tai vamma	165	3 708	24,6
Kehitysvammaisuus	172	2 311	15,3
Psykiatrinen sairaus	144	475	3,1
Hoidollisesti raskas siirtymävaihe	105	122	0,8
Päihdesairaus tai -ongelma	87	56	0,4
Jokin muu syy	89	120	0,8
<b>Yhteensä</b>		<b>15 056*</b>	<b>100</b>

\*Tarvetekijöiden mukaista tietoa ei saatu kaikista omaishoidettavista.

Vastaajia pyydettiin tarkastelemaan hoidon vaativuutta ja raskautta myös siltä kannalta, kuinka moni omaishoidon asiakas olisi arviolta laitoshoidossa tai ympärivuorokautisessa hoidossa (esim. terveyskeskuksen vuodeosastolla, vanhainkodissa, tehostetussa palveluasumisessa, kehitysvammahuollon laitoksessa tai tuetussa asumisessa tai muussa vastaavassa asumispalvelussa) elleivät he saisi omaishoidon tukea. Arvio pyydettiin omaishoidon tukea saavien prosentuaalisina osuuksina poikkileikkaustietona omaishoidon tuen asiakkaista 30.4.2012.

Noin neljännes vastaajista katsoi, että laitoshoidossa tai ympärivuorokautisessa hoidossa olisivat kaikki tai lähes kaikki omaishoidettavat, jollei heille olisi myönnetty omaishoidon tukea. Vastaajista 34 prosenttia arvioi, että puolet tai hieman enemmän kuin puolet omaishoidettavista olisi laitoshoidossa tai ympärivuorokautisessa hoidossa ilman heille myönnettyä omaishoidon tukea. Neljänneksen arvioiden mukaan vähemmän kuin puolet olisi ilman omaishoidon tukea laitos- tai ympärivuorokautisessa hoidossa. Vastaajista hieman alle 15 prosenttia arvioi, että tukea nyt saavat asiakkaat olisivat tätäkin harvemmin muussa kuin kotihoidossa elleivät saisi omaishoidon tukea. Vain kaksi prosenttia vastaajista arvioi, että yksikään asiakkaista ei olisi laitoshoidossa, vaikka omaishoidon tukea ei olisi myönnetty.

Edellisten lukujen perusteella voidaan esittää laskennallinen arvio, että ilman omaishoidon tukea laitoshoidossa näistä omaishoidettavista olisi 26 - 46 prosenttia (Taulukko 5). Jos näiden osuuksien perusteella arvioidaan tilannetta valtakunnal-

lisesti, merkitsee tämä, että noin 10 000 – 19 000 omaishoidettavaa eli keskimäärin enemmän kuin joka kolmas heistä, joita nyt hoidetaan omaishoidon tuen avulla kotona, olisi ympärivuorokautisen laitospaikan tarpeessa. Vuonna 2006 määräksi arvioitiin noin 11 600 (Voutilainen ym. 2007)

Taulukko 5. Arvio laitoshoidossa tai muussa ympärivuorokautisessa hoidossa olevien hoidettavien osuudesta kunnassa tai kuntayhtymässä, jos omaishoidon tukea ei olisi myönnetty

Laitoshoidossa tai muussa ympärivuorokautisessa hoidossa olevien omaishoidettavien osuus, jos omaishoidon tukea ei olisi myönnetty	Vastanneita kuntia ja kuntayhtymiä (n=180), lkm	Osuus vastanneista, %
75–100 %	44	24,4
50–74 %	61	33,8
25–49 %	45	25,0
alle 25 %	26	14,4
Ei kukaan	4	2,2
<b>Yhteensä</b>	<b>180</b>	<b>100</b>
Laitoshoidossa ilman omaishoitoa	Omaishoidettavien lkm	Osuus, %
Minimi	6 897	25,9
Keskimäärin	9 598	36,0
Maksimi	12 298	46,1
<b>Kaikki omaishoidettavat</b>	<b>26 680</b>	

## 4 OMAISHOITAJAT

Kyselyyn vastanneet kunnat ja kuntayhtymät (n=202) ilmoittivat sukupuolijakauksen mukaiset tiedot 25 434 omaishoitajasta (30.4.2012). Heistä miehiä oli 31 prosenttia (n=7 848) ja naisia 69 prosenttia (n=17 586). Naisten osuus on vähentynyt vuodesta 1994 lähtien, jolloin heitä oli 81 prosenttia omaishoitajista. Vuonna 2006 miehiä oli jo neljäsosa omaishoitajista (Voutilainen ym. 2007).

Virallisen tilaston (THL, Sotkanet) mukaan omaishoitajien kokonaismäärä maassamme oli vuonna 2012 kaikkiaan 40 492 henkilöä, joten kyselyn tietojen kattavuus oli 63 prosenttia. Kattavuus on vain hieman heikempi kuin omaishoidettavien osalta saadulla tiedolla (66 %). Vaikuttaa kuitenkin siltä, että omaishoitajia koskevia tietoja ei kunnissa ja kuntayhtymissä ole tilastoitu yhtä hyvin kuin omaishoidettavien, sillä vastaajat eivät kaikkien omaishoitajien osalta tienneet esimerkiksi heidän työmarkkina-asemaansa tai perhe- ja hoitosuhdetta hoidettavaan.

Virallisen tilaston (THL, Sotkanet) mukaan ikääntyneiden omaishoitajien määrä ylitti 50 prosentin rajan vuonna 2010, ja edelleen myös vuonna 2012 enemmän kuin puolet omaishoitajista (52,5 %, n=21 249) oli yli 64-vuotiaita. Omaishoidon tuen kyselyyn vastanneissa kunnissa ja kuntayhtymissä omaishoitajista 54,5 prosenttia oli vuoden 2012 ensimmäisen vuosikolmanneksen lopussa yli 64-vuotiaita (Taulukko 6). Vielä vuonna 2006 tehdyn kyselyn aikoihin enemmistö (53 %) omaishoitajista oli alle 65-vuotiaita (Voutilainen ym. 2007). Kasvua on kyselytulosten mukaan tapahtunut myös kaikkein iäkkäimpien eli yli 84-vuotiaiden ikäluokassa, johon vuoden 2006 kyselyn mukaan kuului kolme prosenttia, mutta vuonna 2012 jo lähes viisi prosenttia omaishoitajista.

Taulukko 6. Omaishoitajien ikäjakauma

Ikäryhmä	Vastanneita kuntia ja kuntayhtymiä, lkm	Omaishoitajia, lkm	Osuus omaishoitajista, %
18–49	202	5 354	20,6
50–64	202	6 460	24,9
65–74	202	6 576	25,3
75–84	202	6 429	24,7
yli 84	202	1 177	4,5
Yhteensä		25 996*	100,0

\*Ikäryhmittäin ilmoitettiin enemmän omaishoidettavia kuin sukupuolittain

Omaishoitajien perhe- ja hoitosuhteesta saatiin kuntavastaajilta tiedot 21 497 omaishoitajaa koskien eli tietoa ei saatu 16 prosentilta omaishoitajista. Olettaen, että ilmoitettujen tietojen perusteella voidaan tehdä yleistyksiä, näyttäisi siltä, että omaishoitajien perhesuhteiden jakaumassa on tapahtunut joitakin muutoksia vuo-

den 2006 jälkeen. Kuten aiemminkin, myös vuonna 2012 valtaosa omaishoitajista hoiti puolisoaan. Kyselyyn saatujen vastausten perusteella vuonna 2012 58 prosenttia omaishoitajista oli hoidettavan avo- tai aviopuolisoita, kun vuonna 2006 heitä oli 48 prosenttia. Puoliso-omaishoitajien osuus omaishoitajista olisi tietojemme perusteella nyt noin kymmenen prosenttiyksikköä aiempaa suurempi. Vanhempansa hoitavien osuus oli vastausten perusteella noin 14 prosenttia, kun edellisen kyselyn aikoihin vastaavaan ryhmään kuului 20 prosenttia omaishoitajista. Vähene- mistä olisi tämän perusteella tapahtunut nimenomaan vanhempansa hoitavien las- ten osuuksissa. Omaa lastaan, joko alle 18-vuotiaista tai tätä vanhempaa, hoitavia oli noin 23 prosenttia omaishoitajista vuonna 2012, eikä muutosta vuodesta 2006 (22 %) ollut tapahtunut. Selvä muutos näyttäisi tapahtuneen ryhmässä 'muu omainen', joita vuonna 2006 ilmoitettiin olevan kahdeksan prosenttia, mutta vuonna 2012 vain kolme prosenttia omaishoitajista (Taulukko 7).

Taulukko 7. Omaishoitajien perhe- tai hoitosuhde omaishoidettaviin

Suhde hoidettavaan	Vastanneita, lkm	Omaishoitajia, lkm	Osuus omaishoitajista, %
puoliso	202	12 485	58,1
vanhempi	201	5 039	23,4
lapsi	202	2 955	13,8
muu omainen	202	689	3,2
muu läheinen	201	329	1,5
yhteensä		21 497*	100

\*Tietoa omaishoitajan perhe- tai hoitosuhteesta hoidettavaansa ei ollut saatavilla kaikista

Työmarkkina-aseman osalta vastaajien antamat tiedot olivat puutteelliset, sillä ne kattoivat ainoastaan 42 prosenttia kaikista kyselyssä ilmoitetuista omaishoitajista. Kolme viidestä omaishoitajasta, joista tieto saatiin, oli eläkkeellä ja vain vajaa viiden- nes oli ansiotyössä (Taulukko 8). Kokoaika- tai osa-aikatyössä oli vuoden 2006 tieto- jen mukaan 24 prosenttia omaishoitajista, joten ansiotyössä käyvien osuudessa näyt- täisi tapahtuneen vähenemistä.

Taulukko 8. Omaishoitajien työmarkkina-asema

Työmarkkina-asema	Vastanneita kuntia ja kunta- yhtymiä (n=150), lkm	Omaishoitaja, lkm	Osuus omaishoitajista, %
eläkkeellä	150	6 489	59,8
työssä	144	1 898	17,5
työvoiman ulkopuolella	122	452	4,2
työtön	122	347	3,1
opiskelija	117	61	0,6
ei tietoa	127	1 603	14,8
Yhteensä		10 850	100

## 5 OMAISHOIDON TUEN HAKEMUSTEN ARVIOINTI JA PÄÄTÖKSENTEKO

Lain mukaan kunta voi myöntää omaishoidon tukea, jos henkilö alentuneen toimintakyvyn, sairauden, vamman tai muun vastaavanlaisen syyn vuoksi tarvitsee kotioloissa hoitoa tai muuta huolenpitoa. Edellytyksenä on, että hoidettavalla on omainen tai läheinen, joka on valmis vastaamaan hoidosta ja huolenpidosta tarpeellisten palvelujen avulla, ja jonka terveys ja toimintakyky vastaavat tehtävän asettamia vaatimuksia. Lisäksi hoidettavan kodin tulee olla terveydellisiltä ja muilta olosuhteiltaan tarkoitukseen sopiva. Tuen myöntämisen tulee olla hoidettavan edun mukaista ja omaishoidon yhdessä sitä tukevien palvelujen avulla riittävää hoidettavan hyvinvoinnin, terveyden ja turvallisuuden kannalta. Kuntien laatimien lain asettamia myöntämisperusteiden yksityiskohtaisempien kriteerien tiedetään vaihtelevan huomattavasti ja kyselyn tulokset vahvistivat asian.

### Tuen myöntämisen kriteerit ja päätösvalmistelu

Kyselyssä tiedusteltiin omaishoidon tukea koskevien hakemusten arvioinnin ja päätöksenteon käytännöistä kunnissa ja kuntayhtymissä sekä erityisesti päätöksenteon tukena käytetyistä asiakaskriteereistä. Lisäksi pyydettiin lyhyitä kuvauksia käytännöistä. Kaikki vastaajat (n=207) ottivat kantaa kysymykseen. Valtaosa vastaajista (96 %, n=199) ilmoitti laatineensa omaishoidon tuen tarpeen arvioimiselle kirjallisen ohjeistuksen ja kriteeristön, joka vahvistettiin perusturva- tai sosiaali- ja terveystalukunnassa tai vaihtoehtoisesti kriteerit nojautuivat seudullisesti luotuun yhtenäiseen ohjeistukseen. Vain harvojen vastaajien mukaan käytössä oli jokin muu kuin kirjallinen arviointitapa (4 %, n=8). Heidän antamiensa lyhyiden kuvausten mukaan ohjeistukset noudattivat yleensä omaishoidon tuen lakiperustaa, täydennettynä kunnan erikseen harkitsemilla kriteereillä ja asiakasarvioinnin käytäntöjen määrittelyllä. Kirjallisen kriteeristön ohella käytettiin yleisimmin tapaus- ja tilannekohtaista harkintaa (86 %, n=179). Vastaajista osa (10 %, n=20) arvioi, ettei tapauskohtaista harkintaa käytetty juuri lainkaan, vaan kriteerit koettiin riittävän kattaviksi.

Kriteerien täyttymistä arvioitiin selvittämällä ennen muuta hakijan avun tarpeita sekä hoidon ja huolenpidon vaativuutta ja sitovuutta. Käytössä oli useita erilaisia toimintakyvyn ja arki-suoriutumisen mittareita ja näiden yhdistelmiä (mm. RAI, RAVA, VTO, MMSE, GDS, SPECS ja erilaiset ADL-mittarit). Muutamissa vastauksissa kerrottiin laaditun erilliset kriteerit ja ohjeistus lasten, vammaisten, aikuisten ja iäkkäiden hakijoiden osalta. Harkintaa käytettiin muutoinkin, esim. kehitysvammaisten kohdalla. Mikäli käytössä ei ollut kirjallisia kriteereitä, käytiin hakemukset läpi tapauskohtaisesti ja ne käsiteltiin esim. sote-työryhmässä. Hoitajan soveltuvuutta omaishoitajaksi arvioitiin erikseen, yleensä kotikäynnin yhteydessä.



Omaishoidon tuen haasteita ja kehittämiskohteita mainitessaan (ks. tarkemmin luku 9) useat vastaajat nostivat esille tarpeen muodostaa valtakunnallisesti yhtenäiset omaishoidon tuen myöntämisen kriteerit. Kysely ei anna kattavaa sisällöllistä tietoa siitä, mihin seikkoihin jo lainsäädännössä todetun lisäksi tällä hetkellä kiinnitetään huomiota arvioitaessa omaishoidon tuen asiakkuutta. Osa vastaajista ilmoitti vain muodolliset kriteerit, osa pidättäytyi tarkemmasta kuvaamisesta. Aihepiiri edellyttäisi jatkoselvittelyä. Seuraava listaus avovastauksista antanee joitain viitteitä kunnissa muodostuneista omaishoidon tukeen oikeuttavista konkreettisista kriteereistä ja käytännöistä:

- *Tarvitsee henkilökohtaista hoivaa ja hoitoa selvittääkseen arkipäivästä. Tarvitsee apua myös yöllä, pärjää yksin max. 2 h/vrk.*
- *Avun-/hoidontarve päivittäisissä henkilökohtaisissa toiminnoissa. Ei myönnettä, jos avuntarve kohdistuu ainoastaan asiointiin tai kodinhoidollisiin tehtäviin. RAVA-indeksi.*
- *Lain ohjeistus ja paikalliset kriteerit: ympärivuorokautinen hoivan, huolenpidon ja/tai läsnäolon tarve.*
- *RAVA -indeksin lisäksi käytetään tapauskohtaista harkintaa, jos hakijalla esim. muita sairauksia tms. pärjäämättömyyttä.*
- *Päätökset perustuvat voimassa oleviin kriteereihin, mutta on myös tilanteita, joissa käytetään tapauskohtaista harkintaa, mm. kotona asumisen mahdollistaminen omaishoidon tuen turvin.*
- *Harkinta liittyy osittain siihen kuinka paljon pystytään tarjoamaan kunnallisia palveluja, esim. haja-asutusalueille.*
- *Edellytetään, että hoitoisuus vastaa Kelan korotetun hoitotuen kriteereitä ja että alle 65-v. hoidettava on joko vaikeavammainen tai vaikeasti kehitysvammainen, joka ei selviä ikätasoaan vastaavasti ohjattunakaan henkilökohtaisista päivittäisistä toiminnoista, tai korkein ryhmä henkilöistä, jotka tarvitsevat jatkuvaa ympärivuorokautista apua toiminnoissaan, hoidettavaa ei voi jättää yksin.*
- *Hoidettava tarvitsee hoitoa ja huolenpitoa henkilökohtaisissa päivittäisissä toiminnoissa useamman kerran vuorokaudessa. Suuntaa antavana RAVA-toimintakykyindeksi vähintään 2, MMSE pisteet vähintään 18.*
- *Hoidettavan runsas hoidon ja avun tarve, ja tulee korvata palveluasumista, perhe- tai laitoshoidon.*
- *A. Hoidettava tarvitsee valvontaa ja huolenpitoa, ei selviydy yksin kotona tai vähäisen avun turvin. B. Hoidettava tarvitsee runsaasti valvontaa ja huolenpitoa. C. Hoidettava tarvitsee jatkuvaa valvontaa ja huolenpitoa ympäri vuorokauden, ei muita palveluja.*
- *RAVA-indeksi, alinta palkkiota voi saada, jos min. 1,68: tapauskohtaisesti harkitaan, esim. että asuu kaukana palveluista, ei autoa/ajokorttia/julkista liikennettä, puulämmitys, pihat aurattava eikä itse enää jaksa, siivottava eikä itse enää jaksa... eikä voisi siellä enää jatkaa ilman että joku...*

- *Asiakkaan avun tarve henkilökohtaisissa toiminnoissa. Tukea ei myönnetä ai-noastaan kodinhoidollisiin tehtäviin.*
- *Pitkät välimatkat, kotihoidon osuus pieni.*
- *Tukiluokka I: Asiakas tarvitsee jatkuvaa ympärivuorokautista hoitoa ja huo-lenpitoa. Hoidon sitovuus on samaa tasoa kuin pysyvässä laitoshoidossa ole-valla. Hoitotyö edellyttää hoitajan kokopäiväistä työpanosta ja hoitovastuuta ympäri vuorokauden. Tukiluokka II: Asiakas tarvitsee paljon hoitoa ja huolen-pitoa henkilökohtaisissa päivittäisissä toiminnoissa. Hoitotyö sitoo pääsääntöis-esti hoitajan kokopäiväisesti.*
- *Myöntäminen perustuu hoidettavan tarvitsemaan toistuvaan päivittäiseen hoidon, huolenpidon ja valvonnan tarpeeseen. Hoidettava tarvitsee myös ohja-usta ja valvontaa kodin ulkopuolella liikkumisessa. Hoitaja sitoutuu toistuvaan päivittäiseen huolenpitoon ja hoitoon useita kertoja päivän aikana. Hoitajan tulee olla terveytensä ja toimintakykynsä puolesta sopiva hoitajaksi. Arvioin-nissa huomiodaan hoitajan ja hoidettavan kokonaistilanne: sosiaalinen ympä-ristö, hoidettavan fyysinen ja psyykkinen tila, ikä jne. Hoidon ja huolenpidon tarve arvioidaan yksilökohtaisesti.*

Työntekijöistä tai työntekijäryhmistä omaishoidon tuen hakemuksia päätök-sentekoa varten valmistelivat sosiaalialan yksittäiset työntekijät tai työntekijäryh-mät, terveydenhuollon ammattihenkilöt tai sosiaali- ja terveystieteiden työntekijöistä muodostettu vakiintunut tiimi. Päätösvalmistelusta vastaavien ammattinimikkeinä mainittiin usein sosiaaliohjaajat, palveluohjaajat (erityisesti omaishoidontuen, koti-hoidon tai ikäihmisten palveluohjaajat), kotihoidon koordinaattorit ja päälliköt se-kä lähi- ja sairaanhoitajat.

Tärkein päätösvalmistelun elementti oli hakijan asuinpaikkaan tehtävä koti-käynti, jota ilmoitti käyttävänsä lähes jokainen vastaaja (n=203). Kyselyn avovasta-usten perusteella vaikutti siltä, että hoidon ja avun tarvetta arvioitiin kotikäynnillä useimmiten moniammatillisesti, mutta vastaajakohtaisia eroja oli huomattavasti. Valmistelevana tiiminä toimi esim. ikäihmisten palveluohjaaja ja kotihoidon pääl-likkö yhdessä. Muut mukaan tulevat hoidon ja avun tarvetta arvioivat ammattiryh-mät saattoivat vaihdella asiakastapauksittain sen mukaan, millaista erityisasiantun-temusta kulloinkin tarvittiin. Mukana saattoi olla esim. lähihoitaja, sairaanhoitaja, fysioterapeutti ja vammaispalvelun työntekijä. Myös palvelutarpeen selvittämistä, arviointia ja sijoittamista tekevä ns. SAS-ryhmä oli joissakin kunnissa valmistelus-sa neuvoa-antavana elimenä. Vastaajista osa (n=131) arvioi omaishoidettavan hoi-don ja avun tarvetta myös lääkärin lausuntoon nojautuen, jolloin se vaadittiin joko kaikissa tapauksissa tai pyydettiin vain tarvittaessa. Avovastauksien mukaan joskus käytäntönä oli pyytää lupa potilastietojen selvittämiseen tai pyytää hoidon ja avun-tarpeen arvioinnin tueksi joko epikriisiä tai selvitystä terveydentilasta. Joissakin ta-pauksissa 65 vuotta täyttäneiden, alle 65-vuotiaiden ja vammaispalvelun asiakkai-den asian valmistelua hoitivat eri tahot, esimerkiksi ensin mainituilla vanhustyön ohjaaja ja jälkimmäisillä sosiaaliohjaaja tai vammaispalvelujen työntekijä.

## Omaishoitajan soveltuvuuden arviointi

Vastausten perusteella joko sosiaalitoimen tai terveystoimen ammattihenkilö arvioi omaishoitajan soveltuvuutta kotikäynnin yhteydessä. Tällöin kiinnitettiin huomiota erityisesti siihen, pystyykö henkilö suoriutumaan omaishoitoon sisältyvistä tehtävistä. Yleensä arvioinnilla tarkoitettiin hoitavan omaisen haastattelua sekä tilanteen havainnointia. Kotikäynnin lisäksi osa kunnista käytti omaishoitajan soveltuvuuden ja toimintakyvyn arvioinnin tukena erilaisia kyselylomakkeita ja arviointimittareita (RAVA, MMSE, Omaishoitajat ja läheiset liiton arviointilomake, AUDIT). Joissakin tapauksissa haluttiin selvittää omaishoitajaksi pyrkivän terveydentilaa esimerkiksi lääkärintodistuksella, mutta näin toimittiin vain tarvittaessa, ei säännönmukaisesti.

## Hakemusten hylkäämisperusteet

Omaishoidon tuen hakemuksista hylättiin 21 prosenttia vuosina 2010 ja 2011. Vuoden 2012 ensimmäisen vuosikolmanneksen (1.1. – 30.4.2012) aikana hylättiin vajaat 24 prosenttia tuolloin käsitellyistä hakemuksista (Taulukko 9). Kysyttäessä mainitun vuosikolmanneksen ajalta perusteluja hakemusten hylkäämiselle, vastaajista 74 prosenttia (n=154) kertoi ilmoittavansa hakijalle hylkäämisperusteet, 26 prosenttia (n=53) sen sijaan ei eritellyt päätöksessään hylkäämisen syitä.

Taulukko 9. Omaishoidon tuen hakemukset 2010–2012. Vuosina 2010–2011 koko vuoden ajalta ja vuonna 2012 ajalta 1.1.–30.4

Vuosi	Hakemukset (Vastanneet kunnat ja kuntayhtymät), lkm	Hylätyt hakemukset (Vastanneet kunnat ja kuntayhtymät), lkm	Hylätyt hakemukset, %
2012	5656 (202)	1339 (202)	23,7
2011	11237 (201)	2387 (201)	21,2
2010	10469 (202)	2200 (202)	21,0

Samalta ajanjaksolta (1.1. – 30.4.2012) pyydettiin niitä vastaajia, jotka olivat ilmoittaneet perustelluin syin hylänneensä hakemuksia, kertomaan tarkemmin hylkäämisen syistä ja kuinka monelta henkilöltä tuki milläkin perusteella hylättiin. Yleisimmin hylkäyksen syynä oli kunnissa ja kuntayhtymissä ollut, että omaishoitettavan hoidon ja huolenpidon tarve oli niin vähäistä, etteivät omaishoidon tuen myöntämisen edellytykset täyttyneet (Taulukko 10). Tämän syyn nojalla hylättiin vastaajien mukaan 702 hakemusta. Vastaajista 28 kertoi hakemuksia hylätyn budjettimäärärahojen riittämättömyyden vuoksi, vaikka tuen saantikriteerit täyttyivät. Tällä perusteella oli hylätty toiseksi eniten eli 158 hakemusta. Vastaajista 33 ilmoitti, että hylkäämistä perustellun sillä, etteivät omaishoitajan terveys ja toimintakyky vastanneet omaishoidolle asetettuja vaatimuksia. Tämän syyn nojalla oli evätty 34 hake-

musta. Harvinaisempia hylkäämissyitä oli, että tuen myöntämisen ei arvioitu olevan omaishoidettavan edun mukaista, mitä oli käytetty kahdeksan hakemuksen kohdalla. Myös omaishoidettavan kodin soveltumattomuutta omaishoitoon käytettiin joskus hylkäämisperusteena, mutta sen nojalla oli evätty kysytyllä ajanjaksolla ainoastaan yksi hakemus.

Taulukko 10. Omaishoidon tuen hylkäämisperusteet

Hylkäämisperuste	Hylkäämisperustetta käyttäneet kunnat ja kuntayhtymät (n=144), lkm	Hylkäämisperustetta käyttäneet kunnat ja kuntayhtymät, %
Hoidon ja huolenpidon tarve vähäistä, kriteerit eivät täyttyneet	135	93,8
Omaishoitajan terveys ja toimintakyky eivät vastanneet omaishoidon vaatimuksia	33	23,0
Kunnan omaishoidon kriteerit täyttyivät, tukea ei voitu myöntää budjetin määrärahan riittämättömyyden vuoksi	28	19,4
Tuen myöntämisen ei arvioitu olevan omaishoidettavan edun mukaista	12	8,3
Omaishoidettavan koti ei soveltunut omaishoitoon	3	2,1
Muut syyt	12	8,3

Kysyttäessä esimerkkejä muista hakemusten hylkäämisen syistä kuin yllä eriteltyt, avovastauksista erottui kaksi pääryhmää. Vastaajat tähdensivät hylkäämiseen vaikuttaneina syinä erityisesti sitä, että hakijaa hoidettiin pääasiassa muualla kuin kotona tai hän sai jo paljon kunnallisia sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja kotiin, jolloin omaishoitajan osuus hoidosta alitti myöntökriteereihin kirjatun sitovuu-den (9 mainintaa). Toinen esiin noussut isompi hylkäysperusteiden ryväs liittyi joko hoidettavan tai hoitajan tilanteen muuttumiseen hakemuksen käsittelyn aikana (10 mainintaa). Hakemus saattoi raueta hoidettavan jouduttua laitoshoitoon, kuoleman vuoksi tai omaishoitajaksi haluavan perueissa hakemuksen. Lisäksi yhdessä avovastauksista perusteltiin hylkäämistä sillä, että kyseisen vastaajan kunnan tai kuntayhtymän kriteerien mukaan omaishoito on pääasiallisesti ympärivuorokautista hoivaa ja huolenpitoa, jolloin hoidettavan ja hoitajan asuessa eri paikkakunnilla apu ei voi olla saatavilla ympärivuorokautisesti.

## 6 OMAISHOIDON TUEN PALKKIOT

Omaishoidon tuen hoitopalkkion määrä on yhteydessä hoidon sitovuuteen ja vaativuuteen. Alimmasta hoitopalkkiosta säädetään laissa omaishoidon tuesta (937/2005). Laki määrittää alimman hoitopalkkion myös tilanteessa, jossa omaishoitaja on lyhytaikaisesti estynyt tekemään omaa tai toisen työtä hoidollisesti raskaan siirtymävaiheen aikana. Hoitopalkkion määrä tarkistetaan kalenterivuositain työntekijän eläkelain (395/2006) mukaisella palkkakertoimella.

Alin hoitopalkkio oli vuonna 2012 364,35 euroa kuukaudessa (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2013). Alin hoitopalkkio hoidollisesti raskaan siirtymävaiheen aikana oli puolestaan 728,69 euroa kuukaudessa. Korkeamman hoitopalkkion myöntämisen edellytyksenä on, että hoitajalla ei ole samalta ajalta vähäistä suurempia tötuloja eikä oikeutta sairausvakuutuslain mukaiseen erityishoitorahaan tai vuorotteluvapaalain mukaiseen vuorottelukorvaukseen (Laki omaishoidon tuesta 937/2005). Kunnat päättävät omaishoidon tuen palkkioluokkien lukumääristä ja kriteereistä itsenäisesti.

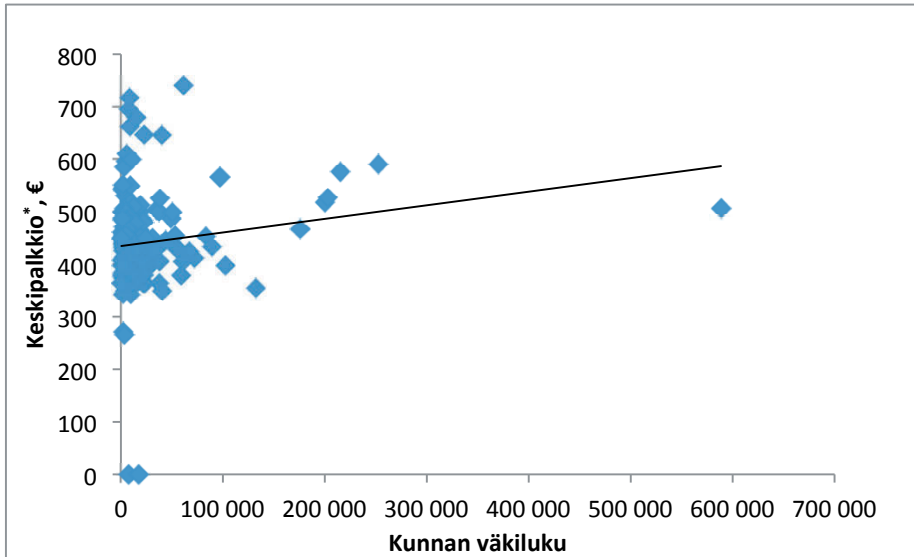
### Omaishoidon tuen palkkiot

Kuntia pyydettiin arvioimaan asiakasta kohti maksettuja omaishoidon tuen keskipalkkioita suhteuttamalla kuukausittain maksettu palkkiosumma palkkionsaajien lukumäärään. Kaikki kyselyyn vastanneet vastasivat tähän kysymykseen (n=207). Aineistosta poistettiin kaksi vastausta, jotka olivat ristiriidassa muiden kuntien antamien tietojen kanssa. Yksi kunta ilmoitti keskipalkkion olevan 0 euroa ja toinen kunta yhden euron. Molemmat näistä kunnista kuitenkin raportoivat hoitopalkkioiden toteutuneita kustannuksia alkuvuodelle 2012. Kun nämä kaksi vastausta poistettiin aineistosta, palkkionsaajaa kohti lasketun omaishoidon tuen keskiarvo oli 440,30 euroa (keskihajonta 86,60 euroa) kuukaudessa huhtikuun lopussa 2012. Omaishoitajien lukumäärällä painotettu palkkionsaajaa kohden laskettu hoitopalkkion keskiarvo oli hieman pienempi, 430,80 euroa kuukaudessa.

Vuonna 2006 keskipalkkio oli 416,30 euroa kuukaudessa (Voutilainen ym. 2007), joten käypähintainen keskipalkkio oli noussut 5,8 prosenttia vuodesta 2006 vuoteen 2012. Jos hintojen kehitystä arvioidaan kuluttajahintaindeksin avulla, voidaan arvioida, että omaishoidon tuen palkkioiden ostovoima on heikentynyt noin 7,3 prosenttia tällä ajanjaksolla. Hoitopalkkioiden kasvuvauhti näyttää myös hidastuneen 2000-luvun lopulla. Jos oletetaan vakioinen vuositasen kasvu, ajanjaksolla 2006–2012 käypähintainen keskipalkkio on noussut vain 0,9 prosenttia vuodessa. Samalla tavalla arvioituna käypähintainen keskipalkkio kasvoi 5,0 vuodessa ajanjaksolla 1994–2006.

Tarkastelimme myös keskipalkkion suuruuden ja kunnan väkiluvun välistä yhteyttä. Vaikka kuvan 1. mukaan näyttääkin siltä, että suurissa kunnissa maksetaan

hieman suurempia keskipalkkioita kuin pienissä kunnissa (ks. myös Voutilainen ym. 2007), tämä yhteys kunnan väkiluvun ja keskipalkkion välillä ei ollut tilastollisesti merkitsevä.



\* Keskipalkkio = palkkionsaajaa kohti laskettu omaishoidon tuen palkkio kuukaudessa

Kuva 1. Keskipalkkion suuruuden ja kunnan väkiluvun välinen yhteys 30.4.2012.

## Omaishoidon tuen palkkioluokat

Kunnilta kysyttiin omaishoidon tuen palkkioluokkien lukumääristä. Kaikki kyselyyn vastanneet (n=207) vastasivat tähän kysymykseen. Palkkioluokkien lukumäärä vaihteli kahdesta palkkioluokasta aina kahdeksaan palkkioluokkaan. Vastaajista 49,8 prosenttia (n=103) ilmoitti palkkioluokkien lukumääräksi kolme. Kolmasosa vastaajista ilmoitti kunnalla tai kuntayhtymällä (n=69) olevan käytössä neljä palkkioluokkaa. Vastaajista 17 (8,2 %) ilmoitti kunnassa olevan käytössä kaksi palkkioluokkaa ja vastaajista 13 (6,3 %), että palkkioluokkia oli viisi. Neljässä kunnassa (1,9 %) palkkioluokkia oli kuusi, seitsemän tai kahdeksan. Muutamassa kunnassa, joissa esimerkiksi eläkeikäisen ja muun väestön omaishoidon tuesta vastasivat eri tahot, oli myös hieman erilaiset tai palkkioluokat näille väestöryhmille.

Kuntia pyydettiin myös raportoimaan omaishoidon tuen hoitopalkkiot palkkioluokittain suuruusjärjestyksessä halvimasta palkkioluokasta kalleimpaan. Ensimmäinen palkkioluokka vastasi euromääräisesti pienintä maksettua hoitopalkkiota ja seitsemäs luokka suurinta hoitopalkkiota. Kyselylomakkeessa oli varattu tila enintään seitsemälle palkkioluokalle. Kuntien ilmoittamat hoitopalkkiot järjestettiin



pienimmästä suurimpaan, jos vastaukset oli annettu käänteisessä järjestyksessä. Lisäksi hoitopalkkiot luokiteltiin kuuluvaksi samaan luokkaan, jos ilmoitettujen luokakohtaisten hoitopalkkioiden erotus oli pienempi kuin kolme euroa. Seuraava taulukko kuvaa aineistosta laskettuja tunnuslukuja (Taulukko 11).

Taulukko 11. Hoitopalkkiot palkkioluokittain ja kunnan ilmoittaman palkkioluokkien lukumäärän mukaan

Luokkien lkm	1. luokka	2. luokka	3. luokka	4. luokka	5. luokka	6. luokka	7. luokka
2	395.5 <sup>a</sup> n=16 <sup>b</sup> Min 364.3 Max 607.2 <sup>c</sup>	760.8 n=17 Min 540 Max 1153.7					
3	377.9 n=99 Min 178.3 Max 465	601.0 n=100 Min 310 Max 800	905.0 n=98 Min 329 Max 1771.4				
4	363.9 n=67 Min 182 Max 417.3	520.4 n=67 Min 364.3 Max 717	726.4 n=64 Min 436.8 Max 907.2	1260.6 n=62 Min 546.1 Max 1608.2			
5	361.5 n=13 Min 163.9 Max 440	386.6 n=13 Min 242.9 Max 551.2	519.1 n=13 Min 365.1 Max 773.8	623.2 n=12 Min 558.7 Max 1014.9	964.7 n=11 Min 728.7 Max 1634.9		
6	363.8 n=3 Min 149.3 Max 364.35	501.3 n=3 Min 298.6 Max 534.3	473.1 n=3 Min 364.3 Max 728.7	558.0 n=2 Min 492.8 Max 563	799.0 n=2 Min 557.7 Max 827	1704.5 n=2 Min 728.7 Max 1704.5	
7	364.3 n=1	405.9 n=1	537.3 n=1	615.9 n=1	627.9 n=1	646.2 n=1	NA n=1

<sup>a</sup> = Hoitopalkkion hoitajien lukumäärällä painotettu keskiarvo kyseisessä luokassa, €.

<sup>b</sup> = Vastaajien lukumäärä kyseisessä luokassa.

<sup>c</sup> = Maksetun hoitopalkkion pienin (Min) ja suurin (Max) arvo kyseisessä luokassa.

Taulukko 11. kuvaa hoitajien lukumäärällä painotettuja hoitopalkkioiden keskiarvoja palkkioluokkien ja kuntien ilmoittamien palkkioluokkien lukumäärän mukaan luokiteltuna. Hoitopalkkioiden vaihtelu oli suurinta korkeimmissa palkkioluokissa, missä kalleimman ja halvimmän hoitopalkkion välinen erotus saattoi olla jopa yli 1 400 euroa (3. palkkioluokka, luokkien määrä 3). Hoitopalkkioiden vaihtelu kuntien välillä oli selvästi pienempää pienissä palkkioluokissa. Kuten oli odotettavissakin, hoitajien lukumäärällä painotettu palkkioiden keskiarvo kasvoi siirryttäessä halvimmista palkkioluokasta kalleimpiin.

Kyselyssä tiedusteltiin myös, maksettiinko kunnassa palkkioita, jotka olivat pienempiä kuin laissa määriteltä minimipalkkio. Kaikkiaan 60 kuntaa (30 % vastan-

neista) vastasi maksavansa alle 364,35 euron hoitopalkkiota. Yleisimmin lain mukaista minimipalkkiota pienempää palkkiota maksettiin kunnan ehdotuksesta. Yleisimmäksi syyksi tähän käytäntöön kunnat mainitsivat vähäisen hoidon sitovuu-den ja tarpeen. Niissä tapauksissa, joissa syyt liittyivät omaishoitajiin tai hoidetta-viin, syiksi mainittiin muun muassa se, että suurempi palkkio olisi vaikuttanut mui-hin etuuksiin.

## Omaishoidon tuen palkkioiden kustannukset

Kunnilta kysyttiin omaishoidon tuen hoitopalkkioiden toteutuneista kokonaiskus-tannuksista vuosina 2010–2012. Tutkimuksen osallistuneista kunnista yhtä lukuun ottamatta kaikki kunnat vastasivat tähän kysymykseen. Kuntien vastausten perus-teella hoitopalkkioiden kokonaiskustannukset nousivat vuoden 2010 136 miljoonas-ta eurosta vuoden 2011 148 miljoonaan euroon (Taulukko 12).

Vuoden 2012 kokonaiskustannuksia kuntia pyydettiin arvioimaan ajanjaksol-la 1.1–31.4.2012. Kuntien antamien vastausten perusteella omaishoidon tuen ko-konaiskustannukset olivat neljän kuukauden aikana 73 miljoonaa euroa. Tämä ar-vio lienee kuitenkin liian suuri, koska luku ennustaa vuoden 2012 omaishoidon tuen kokonaiskustannuksiksi 219 miljoonaa euroa. Luku on selvästi suurempi kuin omaishoidon tuen palkkioiden kokonaiskustannukset koko maassa virallisen tilas-ton (THL, Sotkanet) perusteella (Taulukko 12). On mahdollista, että osa kunnista on arvioinut omaishoidon tuen kokonaiskustannuksia koko vuoden ajalta vuoden en-simmäisen kolmanneksen sijasta tai omaishoidon tukeen on alkuvuodesta käytetty budjetoitua määrärahaa enemmän kuin loppuvuodesta.

Taulukko 12. Omaishoidon tuen palkkioiden kustannukset vuosina 2006 ja 2010–2012, milj. €

	2006	2010	2011	2012
Kuntien lukumäärä	349	206	206	206
Omaishoidon tuen palkkiot (kysely)	84,9 <sup>a</sup>	136	148	73 <sup>b</sup>
Omaishoidon tuen palkkiot (THL, Sotkanet)	106	152,6	161,8	173,0

<sup>a</sup> = arvio (Voutilainen ym. 2007)

<sup>b</sup> = pyydetty ajanjaksolta 1.1.–30.4.2014

Virallisen tilaston (THL, Sotkanet) mukaan omaishoidon tuen kokonaiskus-tannukset olivat 152,6 miljoonaa euroa vuonna 2010, josta ne nousivat 173 miljo-onaan euroon vuonna 2012. Kahden vuoden aikana hoitopalkkioiden kokonaiskus-tannukset kasvoivat 13,3 prosenttia. Kyselyyn vastanneissa kunnissa omaishoidon tuen kokonaiskustannusten kasvu näyttäisi olevan hieman nopeampaa kuin koko maassa. Virallisen tilaston (THL, Sotkanet) tietojen mukaan omaishoidon tuen ko-

konaiskustannukset kasvoivat 6 prosenttia vuodesta 2010 vuoteen 2011, kun kuntien vastausten perusteella kustannusten kasvu samalla ajanjaksolla oli 8,8 prosenttia (Taulukko 12).

Kuntia pyydettiin myös arvioimaan omaishoidon hoitopalkkioiden määrärahan kehitystä vuonna 2013. Tähän kysymykseen saatiin vastauksia 190 kunnalta ja kuntayhtymältä. Vastanneista kunnista 54,2 prosenttia (n=103) arvioi omaishoidon hoitopalkkioiden määrärahan kasvavan vuonna 2013 vuoden 2012 tasoon verrattuna. Vastanneista kunnista 36,8 prosenttia (n=70) arvioi, että määräraha ei muutu vuonna 2013. Vain kymmenen kuntaa (4,8 %) arvioi määrärahan alentuvan vuodesta 2012 vuoteen 2013, ja seitsemän kuntaa ei osannut esittää arviota määrärahan kehityksestä.

## 7 OMAISHOIDON TUEN PALVELUT

Omaishoidon tuki muodostuu omaishoitajalle annettavan hoitopalkkion ja lakisääteisten vapaapäivien lisäksi hoidettavalle annettavista tarvittavista palveluista sekä omaishoitoa ja omaishoitajan hoitotehtävää tukevista palveluista. Kunnat antavat omaishoitajille palveluohjausta, koulutusta ja neuvontaa, sosiaalityön palveluja, vertaisryhmätoimintaa, kuntoutuspalveluja sekä muita tukipalveluja. Kunnat voivat järjestää omaishoitajille myös muita kuin lakisääteisiä vapaita. Omaishoidettaville on tarjolla apuvälinepalveluja, kotihoidon palveluja ja muita tukipalveluja, kuten ateria-, kuljetus-, ja kylvetyspalveluja sekä kotisairaalan palveluja. Omaishoidettava voi osallistua työ- tai päivätoimintaan tai olla joitakin jaksoja lyhytaikaisessa laitoshoidossa. Omaishoidettava voi tarvittaessa saada henkilökohtaisen avustajan (Laki omaishoidon tuesta 937/2005).

Valtaosa kyselyyn vastanneista kunnista järjesti omaishoidon tukeen sisältyvät palvelut itsenäisesti. Kolme vastanneista kunnista toimi isäntäkuntana ja kymmenisen kuntaa oli antanut palvelut isäntäkunnan järjestämisvastuulle. Noin viidesäkymmenessä kunnassa järjestämisvastuu oli muunlaisella kuntayhtymätyypillä. Omaishoidon tuen palvelujen järjestämisvastuu oli joissakin kunnissa jaettu eri tahoille esimerkiksi hoidettava iästä riippuen. Muutaman kunnan osalta 65 vuotta täyttäneiden omaishoidon tuen järjestämisestä huolehti sairaanhoitopiiri.

Omaishoidon tuesta laaditaan yhdessä hoidettavan ja omaishoitajan kanssa hoito- ja palvelusuunnitelma, johon tulee lain mukaan kirjata ainakin omaishoitajan antaman hoidon, muiden hoidettavalle tarpeellisten sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen sekä omaishoitajan hoitotehtävää tukevien sosiaalihuollon palvelujen määrä ja sisältö. Lisäksi siihen tulee kirjata miten hoidettavan hoito järjestetään hoitajan vapaan, terveydenhoitoon liittyvien käyntien tai muun poissaolon aikana (Laki omaishoidon tuesta 937/2005). Hoito- ja palvelusuunnitelman tarkistusväli voidaan sopia suunnitelman laatimisen yhteydessä tarkoituksenmukaiseksi yhteisymmärryksessä sopimusosapuolten välillä.

Noin neljäsosassa vastanneista kunnista ja kuntayhtymistä hoito- ja palvelusuunnitelmia tarkistettiin säännöllisesti kerran vuodessa ja noin viidesosassa säännöllisesti, mutta harvemmin kuin kerran vuodessa. Yli puolet vastaajista ilmoitti, että hoito- ja palvelusuunnitelmat tarkistettiin, jos tuen tarpeessa ja olosuhteissa tapahtui muutoksia, tai jos omaishoitaja tai hoidettava itse pyysi tarkistusta.

### Omaishoitajien vapaapäivät ja niiden aikaisen sijaishoidon järjestäminen

Omaishoitajalle on 1.1.2007 (muutossäädös 950/2006) alkaen kuulunut kolme vapaapäivää jokaista sellaista kalenterikuukautta kohti, jonka aikana hän on yhtäjaksoisesti tai vähäisin keskeytyksin sidottu hoitoon ympärivuorokautisesti tai jatkuvasti.

ti päivittäin. Näiden lakisääteisten vapaapäivien aikaisen sijaishoidon järjestäminen on kunnan vastuulla. Kunnat voivat järjestää omaishoitajille myös muita kuin lakisääteisiä vapaita. Nämä voivat olla kokonaisia vapaapäiviä tai alle vuorokauden mittaisia virkistysvapaita (Laki omaishoidon tuesta 937/2005). Omaishoitajan vapaan aikaisen sijaishoidon järjestämisvaihtoehtoksi on lakiin lisätty (318/2011) mahdollisuus käyttää kunnan kanssa toimeksiantosopimuksen tehnyttä sijaishoitajaa, joka voi olla esimerkiksi hoidettavan perheenjäsen tai ystävä.

Kaikki lakisääteiseen vapaaseen oikeutetut eivät käyttäneet heille annettua mahdollisuutta. Vastanneiden kuntien ja kuntayhtymien mukaan noin puolet omaishoitajista jätti lakisääteiset vapaansa pitämättä. Vastaajat arvioivat, että alle puolella (45 %) omaishoitajista, jotka kieltäytyivät vapaista, syynä oli etteivät he halunneet jättää hoidettavaansa muiden hoitoon (41 % vuonna 2006). Seuraavaksi yleisimmäksi syyksi (21 %) arvioitiin omaishoidettavan kieltäytyminen muusta kuin omaishoidosta. Vuonna 2006 tämä oli arvioitu kieltäytymisen syyksi noin kolmasosalla. Omaishoitajista 12 prosenttia ei vastaajien mukaan saanut sopivaksi arvioimaansa hoitopaikkaa omaishoidettavalleen ja kieltäytyi tämän vuoksi pitämästä vapaistaan. Näiden tapausten osuus näyttäisi vähentyneen vuodesta 2006, jolloin se oli arvioitu 27 prosentiksi. Sijaishoidon maksullisuus näytti olleen kieltäytymisen syynä enää noin viidessä prosentissa tapauksista, kun se vuonna 2006 oli arvioitu syyksi peräti neljäsosassa tapauksista.

Omaishoitajan vapaan aikaisen sijaishoidon järjestämistä koskevaan kysymykseen vastasi 168 kuntaa ja kuntayhtymää, joissa oli yhteensä 20 881 omaishoidettavaa. Tässä tarkastellaan sijaishoidon järjestämistapoja suhteutettuna niiden omaishoidettavien määriin, joiden omaishoitaja oli pitänyt vapaitaan. Sijaishoidon järjestämisen tavat eivät olleet juurikaan muuttuneet edellisen, vuonna 2006 toteutetun, kuntakyselyn jälkeen. Lyhytaikainen laitoshoido oli säilyttänyt asemansa yleisimmin palveluvalikoimaan kuuluvana omaishoitajan vapaan aikaisen sijaishoidon järjestämistapana. Se oli käytössä lähes kaikissa vastanneissa kunnissa ja kuntayhtymissä (Taulukko 13). Omaishoitajan vapaan aikainen hoito järjestettiin edelleen noin 40 prosentille omaishoidettavista laitoshoidona (v. 2006 41 %, Voutilainen ym. 2007). Lyhytaikaishoito tavallisessa palveluasumisyksikössä oli tarjolla sijaishoitovaihtoehtona noin 42 prosentissa vastanneista kunnista ja kuntayhtymissä. Omaishoidettavista noin 16 prosentin sijaishoito oli järjestetty käyttäen tätä vaihtoehtoa. Tämänkään sijaishoitomuodon käyttö ei ollut juuri muuttunut vuodesta 2006, jolloin osuus omaishoidettavista oli ollut 18 prosenttia (Voutilainen ym. 2007).

Vuonna 2006 läheiset ja vapaaehtoiset olivat olleet sijaisina lähes neljäsosalle omaishoitajista, mutta vuonna 2012 he mahdollistivat vapaapäivien pitämisen enää noin viidesosalle omaishoitajista. Lakilisäyksen mahdollistama sijaishoito toimeksiantosopimuksella oli vuonna 2012 käytössä noin 44 prosentissa kunnista ja kuntayhtymistä. Noin puolet omaishoitajan vapaapäivät mahdollistaneista omaisista ja läheisistä oli vuonna 2012 tehnyt toimeksiantosopimuksen kunnan kanssa ja toinen puoli hoiti tehtävää ilman sopimusta. Muutossäädös näyttäisi siis tämän kyselyn perusteella vaikuttaneen lähinnä siten, että osa aiemmin ilman korvausta sijaishoitoa

tehneistä omaisista tai läheisistä oli tehnyt toimeksiantosopimuksen. Kotiin annettava tai kodinomaisempaa omaishoitajan vapaan aikaista sijaishoitoa se ei näyttäisi lisänneen. Keskimäärin (mediaani) kolmen omaishoidettavan korvaava hoito oli vuoden 2012 alkukolmanneksella järjestetty kysymykseen vastanneissa kunnissa ja kuntayhtymissä toimeksiantosopimuksen tehneen sijaishoitajan avulla. Muutamassa suuremmista kunnista sijaishoidon toimeksiantosopimuksia oli tehty noin 100–200 omaishoitotilanteessa. Joissakin kunnissa sijaishoitoa toimeksiantosopimuksella oli rajoitettu siten, että se oli mahdollista vain erikseen perustelluista syistä esimerkiksi, jos hoidettava oli saattohoidossa tai hänellä oli muistisairaus, joka vaikeutti merkittävästi vieraaseen paikkaan sopeutumista.

Vähemmän käytettyjä sijaishoidon järjestämistapoja olivat perhehoito ja kotihoidon palvelut. Perhehoito oli tarjolla sijaishoidon järjestämisen palveluvalikoimassa noin 38 prosentilla vastanneista kunnista ja kuntayhtymistä, mutta varsin harva omaishoidettava oli viety omaishoitajan vapaan ajaksi perhehoitoon (4 %). Perhehoidon osuus oli pysynyt samana kuin vuonna 2006. Kunnissa, joissa perhehoitoa käytettiin sijaishoidon järjestämistapana, keskimäärin (mediaani) neljä omaishoidettavaa oli ollut perhehoidossa omaishoitajansa vapaan aikana vuoden 2012 alkukolmanneksella. Enimmillään perhehoito oli ollut korvaavana hoitomuotona muutamalle kymmenelle omaishoidettavalle kunnassa tai kuntayhtymässä. Kotihoidon palveluita ilmoitti käyttävänsä sijaishoidon järjestämiseen alle kolmasosassa kunnista, ja erittäin harvan omaishoitajan antama hoito korvattiin kunnallisen kotihoidon palveluin (2 %). Kotihoidon palvelujen käytössä tähän tarkoitukseen näyttäisi tapahtuneen vähenemistä, sillä vuonna 2006 niiden avulla oli järjestetty arviolta 4 % omaishoitajien vapaapäivistä.

Taulukko 13. Omaishoidettavien hoidon järjestäminen omaishoitajan vapaan aikana 1.1.–30.4.2012

Sijaishoidon järjestämistapa*	Kunnat ja kuntayhtymät, joissa järjestämistapa käytössä (n=168), lkm (%)	Omaishoidettavat, joiden osalta järjestämistapaa käytetty, lkm (Osuus järjestämistavoista, %)
Lyhytaikainen laitoshoido	155 (92,3)	3 812 (40,2)
Lyhytaikaishoito tavallisessa palveluasumisyksikössä	70 (41,7)	1 513 (16,0)
Sukulaisten, naapureiden tai vapaaehtoisten apu	65 (38,7)	1 065 (11,2)
Sijaishoito toimeksiantosopimuksella	73 (43,5)	950 (10,0)
Perhehoito	64 (38,1)	364 (3,8)
Kunnallisen kotihoidon palvelut	49 (29,2)	187 (2,0)
Jokin muu järjestely	61 (36,3)	1 594 (16,8)
<b>Yhteensä</b>		<b>9 485 (100)</b>

\*Omaishoitajan vapaan aikaisen sijaishoidon järjestämistapa voi vaihdella hoitokerrasta toiseen



Kyselyyn vastanneista kunnista ja kuntayhtymistä lähes puolet vastasi kysymykseen koskien muiden kuin lakisääteisten vapaiden järjestämistä omaishoitajille. Kysymykseen vastanneista hiukan alle puolet kertoi järjestävänsä yli vuorokauden mittaisia vapaita. Alle vuorokauden mittaisia vapaita järjesti noin 40 prosenttia ja vuorokauden mittaisia vapaita noin kymmenen prosenttia vastanneista kunnista. Melkein neljäsosassa kysymykseen vastanneista kunnista ja kuntayhtymistä olivat käytössä sekä yli vuorokauden että alle vuorokauden mittaiset vapaat. Kaikkia näitä eripituisia vapaita ilmoitti järjestävänsä 12 vastaajaa (13 %).

## Omaishoitajalle annettavat muut tukipalvelut

Omaishoidon tukeen kuuluvat omaishoitajalle annettavat omaishoitoa ja omaishoitajan hoitotehtävää tukevat palvelut. Näihin palveluihin voivat sisältyä muun muassa koulutus, neuvonta ja ohjaus, kuntoutuspalvelut, palveluohjaus, sosiaalityön palvelut sekä vertaistuki. Omaishoitajille annettuihin palveluihin liittyvään kysymykseen saatiin vastaukset 131 kunnasta ja kuntayhtymästä, joissa oli kaikkiaan 11 066 omaishoitajaa.

Palveluohjaus oli omaishoitajille annettujen palvelujen palveluvalikoimasta yleisimmin tarjolla vastanneissa kunnissa ja kuntayhtymissä. Noin kaksi kolmasosaa vastanneista kertoi antavansa omaishoitajille palveluohjausta (Taulukko 14). Palveluohjauksen osuus kaikista omaishoitajille annetuista palveluista oli 46 prosenttia ja sitä sai laskennallisesti arvioituna 45 prosenttia omaishoitajista eli suurempi osa kuin mitään muuta palvelua. Palveluohjauksen määrä näyttäisi kuitenkin vähentyneen vuodesta 2006, jolloin sitä sai arviolta 56 prosenttia omaishoitajista (Voutilainen ym. 2007). Vastaajista hiukan yli puolet kertoi omaishoitajille järjestettävän vertaisryhmätoimintaa. Vertaisryhmätoiminnan osuus annetuista palveluista oli kuitenkin vain noin 13 prosenttia ja siihen osallistui arviolta joka kahdeksas omaishoitaja. Osuus oli selvästi pienempi kuin vuonna 2006, jolloin joka kolmannen omaishoitajan arvioitiin osallistuneen vertaisryhmätoimintaan (Voutilainen ym. 2007). Sosiaalityön palvelut olivat omaishoitajien palveluvalikoimassa melkein joka toisessa kunnassa, mutta niiden osuus omaishoitajille kohdennetuista palveluista oli vain noin 16 prosenttia, ja arviolta joka seitsemäs omaishoitaja sai niitä. Omaishoitajille annettujen sosiaalityön palvelujen määrä näyttäisi siis vähentyneen huomattavasti vuonna 2006 arvioidusta yli 40 prosentista. Seuraavaksi yleisimmin kunnissa ja kuntayhtymissä oli tarjolla koulutusta, neuvontaa ja ohjausta. Myös niiden osuus annetuista palveluista oli kuitenkin vain noin 17 prosenttia ja laskennallisesti arvioituna niitä sai vain noin joka kuudes omaishoitaja. Vuonna 2006 arvioitiin koulutusta, neuvontaa ja ohjausta saaneen jopa joka toisen omaishoitajan.

Kuntoutuspalvelujen ja muiden palvelujen osuus oli selvästi vähäisempi kuin muiden omaishoitajille kohdennettujen palvelujen. Vaikka kuntoutuspalveluja kertoi omaishoitajille tarjoavansa noin kolmasosassa vastanneista kunnista ja kuntayhtymistä, niin ne muodostivat vain hyvin pienen osan omaishoitajien palveluista.

Laskennallisesti arvioituna ainoastaan noin viisi prosenttia omaishoitajista sai kuntoutuspalveluja. Osuus näyttäisi vähentyneen vuodesta 2006, jolloin se oli arvioitu kahdeksaksi prosentiksi.

Vuosien 2006 ja 2012 lukuja vertailtaessa tulee ottaa huomioon erot kysymyksenasettelussa ja niistä johtuvat erot laskentatavoissa. Vuoden 2012 kyselyssä vastaajia pyydettiin antamaan kutakin palvelua saaneiden omaishoitajien lukumäärät, kun vuonna 2006 heitä pyydettiin arvioimaan palvelua saaneiden omaishoitajien osuus. Kuntavastaajilla on voinut vuonna 2012 olla vaikeuksia selvittää yksittäisten omaishoitajien saamia palveluja, jolloin ilmoitetut määrät saattavat olla todellista pienempiä. Toisaalta vuoden 2006 laskennalliset arviot olivat raportin mukaan luultavasti jossakin määrin todellista osuutta suurempia (Voutilainen ym. 2007).

Taulukko 14. Omaishoitajille (n=11 066) annetut palvelut 1.1.–30.4.2012

Omaishoitajalle annettu palvelu*	Kunnat ja kuntayhtymät, joissa palvelua annettiin (n=129), lkm (%)	Omaishoitajille kohdennetut palvelut lkm (%)
Palveluohjaus	88 (68,2)	4998 (46,0)
Koulutus, neuvonta ja ohjaus	54 (41,9)	1870 (17,2)
Sosiaalityön palvelut	62 (48,1)	1684 (15,5)
Vertaisryhmätoiminta	72 (55,8)	1404 (12,9)
Kuntoutuspalvelut	43 (33,3)	571 (5,2)
Jokin muu palvelu	28 (21,7)	345 (3,2)
<b>Yhteensä</b>		<b>10 872 (100)</b>

\*Omaishoitaja voi saada useampia palveluja

## Omaishoidettavalle annettavat palvelut

Omaishoidon tukeen kuuluvat myös hoito- ja palvelusuunnitelmaan sisältyvät omaishoidettavalle tarpeelliset sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut. Omaishoidettaville annettuihin palveluihin liittyvään kysymykseen saatiin vastaukset 164 kunnasta ja kuntayhtymästä, joissa oli kaikkiaan 18 148 omaishoidettavaa.

Vastaajista 91 prosenttia kertoi kunnassaan tai kuntayhtymässään omaishoidettaville tarjottavan erilaisia kotihoidon palveluja (Taulukko 15). Kotihoidon palvelujen osuus kaikista omaishoidettaville kohdennetuista palveluista oli 20 prosenttia ja niitä sai laskennallisesti arvioituna hiukan alle viidesosa omaishoidettavista. Osuus on vähentynyt vuodesta 2006, jolloin nykyistä kotihoitoa vastaavat palvelut oli vielä jaettu kotisairaanhoidoksi ja kodinhoitoavuksi. Silloin omaishoidettavista arviolta jopa kolmasosa oli kotisairaanhoidon ja neljäsosa kodinhoitoavun piirissä (Voutilainen ym. 2007). Toiseksi yleisimmin (82 %) vastanneissa kunnissa ja kuntayhtymissä oli omaishoidettaville tarjolla muita tukipalveluja kuten ateriat-, kuljetus- ja kylvetyspalveluja. Muiden tukipalvelujen osuus annetuista palveluista oli noin 23 prosenttia

ja niitä sai arviolta noin joka viides omaishoidettava. Vuonna 2006 näistä palveluista kysyttiin erikseen ja silloin niitä sai noin joka neljäs omaishoidettava. Seuraavaksi yleisimmin omaishoidettaville suunnatussa palveluvalikoimassa oli tarjolla lyhytaikaista laitoshoidtoa. Lyhytaikaisen laitoshoidon osuus kaikista palveluista oli noin 16 prosenttia ja sitä käytti vuonna 2012 arviolta noin joka kuudes omaishoidettava. Niin päivätoimintaa, vammaisten työ- ja päivätoimintaa kuin apuvälinepalvelujakin kertoi omaishoidettaville antavansa kaksi kolmasosaa vastanneista. Apuvälinepalvelujen osuus kaikista omaishoidettaville annetuista palveluista oli noin 26 prosenttia. Niitä sai vastanneiden kuntien ja kuntayhtymien omaishoidettavista arviolta noin joka neljäs eli useampi kuin mitään muita palveluja. Myös vuonna 2006 apuvälinepalvelut oli yleisimmin omaishoidettavien hoito- ja palvelusuunnitelmaan sisältynyt palvelu. Tuolloin omaishoidettavista peräti noin 54 prosentin arvioitiin saavan apuvälinepalveluja (Voutilainen ym. 2007).

Muita palveluja omaishoidettavat saivat selvästi vähemmän. Yli puolessa kunnista ja kuntayhtymistä joillakin omaishoidettavilla oli henkilökohtainen avustaja. Henkilökohtainen avustaja oli palveluna osuudeltaan kuitenkin vain neljä prosenttia kaikista omaishoidettaville kohdennetuista palveluista ja tällainen avustaja oli arviolta vain neljällä prosentilla omaishoidettavista. Päivätoimintaan ja vammaisten työ- ja päivätoimintaa oli tarjolla kahdessa kolmasosassa vastanneista kunnista ja kuntayhtymistä, mutta niiden osuus omaishoidettaville kohdennetuista palveluista oli kuitenkin vain muutama prosentti. Päivätoimintaan osallistui laskennallisesti arvioituna noin kuusi prosenttia ja vammaisten työ- ja päivätoimintaa noin neljä prosenttia omaishoidettavista. Vuoden 2006 kyselyssä päivätoiminnasta ja henkilökohtaisesta avustajasta ei kysytty lainkaan, mutta vammaisten työ- ja päivätoimintaan osallistui tuolloin arviolta viidesosa omaishoidettavista eli selvästi useampi kuin vuonna 2012. Kotisairaalan palveluja vastaajat ilmoittivat vuonna 2012 omaishoidettaville tarjotun vain joka kymmenennessä kunnassa ja kuntayhtymässä. Niiden osuus omaishoidettaville kohdennetuista palveluista oli 0,6 prosenttia ja niitä sai arviolta yksi kahdestasadasta omaishoidettavasta, kun vuonna 2006 kotisairaalan palveluja saaneiden omaishoidettavien osuudeksi oli arvioitu noin neljä prosenttia (Voutilainen ym. 2007).

Vuosien 2006 ja 2012 lukuja vertailtaessa tulee ottaa huomioon erot kysymyksenasettelussa ja niistä johtuvat erot laskentatavoissa. Vuoden 2012 kyselyssä vastaajia pyydettiin antamaan kutakin palvelua saaneiden omaishoidettavien lukumäärät, kun vuonna 2006 heitä pyydettiin arvioimaan palvelua saaneiden omaishoidettavien osuus. Kuntavastaajilla on voinut vuonna 2012 olla vaikeuksia selvittää yksittäisten omaishoidettavien saamia palveluja, jolloin ilmoitetut määrät saattavat olla todellista pienempiä. Toisaalta vuoden 2006 laskennalliset arviot olivat raportin mukaan luultavasti jossakin määrin todellista osuutta suurempia (Voutilainen ym. 2007).

Taulukko 15. Omaishoidettaville (n=18 148) annetut palvelut 1.1.–30.4.2012

Omaishoidettavalle annettu palvelu*	Kunnat ja kuntayhtymät, joissa palvelua annettiin (n=164), lkm (%)	Omaishoidettaville kohdennetut palvelut, lkm (%)
Apuvälinepalvelut	107 (65,2)	4 651 (26,4)
Kotihoito	149 (90,9)	3 518 (19,9)
Lyhytaikainen laitoshoido	131 (79,9)	2 866 (16,2)
Päivätoiminta	111 (67,7)	1 116 (6,3)
Henkilökohtainen avustaja	99 (60,4)	728 (4,1)
Vammaisten työ- ja päivätoiminta	107 (65,2)	696 (4,0)
Kotisairaalan palvelut	17 (10,4)	99 (0,6)
Muut tukipalvelut	134 (81,7)	3 975 (22,5)
<b>Yhteensä</b>		<b>17 649 (100)</b>

\*Omaishoidettavalle voidaan antaa useampia palveluja

## 8 OMAISHOIDON TUEN ASIAKASMAKSUT JA PALVELUSETELIT

Kunnilta kerättiin tietoa omaishoidettaville ja omaishoitajille tarjottavien palvelujen asiakasmaksuista ja palvelusetelin käytöstä omaishoidon palvelujen järjestämisessä. Erityisen kiinnostavaa oli, poikkesivatko omaishoidettavalle ja omaishoitajalle tarjottavien palvelujen asiakasmaksut muiden palvelujen asiakasmaksuista. Kunnilta kerättiin myös tietoa palvelusetelien käytön yleisyydestä.

### Asiakasmaksut

Kuntien käytännöt osana omaishoidon tukea annettavien palvelujen asiakasmaksuista ovat vaihtelevia. Kunnille esitettiin kysymys ”Mitkä olivat asiakasmaksut omaishoidettavalle (vastaavasti omaishoitajalle) annettavista palveluista kunnassanne 30.4.2012?”. Vastausvaihtoehtoja oli kolme: a) peritään omaishoidettavalle (vastaavasti omaishoitajalle) tarjotuista palveluista sama asiakasmaksu kuin vastaavista palveluista muutoinkin, b) peritään alennettu asiakasmaksu tai c) ei peritä maksua lainkaan. Koska osana omaishoidon tukea annettavien erilaisten palvelujen asiakasmaksujen periaatteet voivat poiketa toisistaan, vastaaja saattoi valita useamman kuin yhden vastausvaihtoehdon.

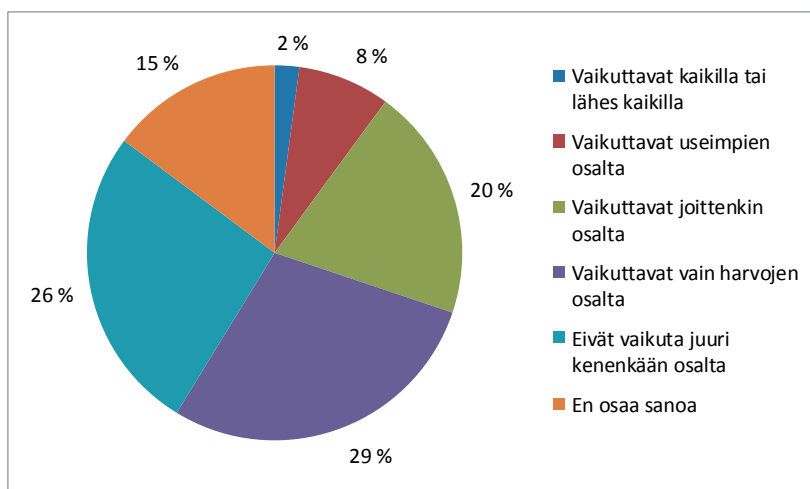
Luokittelimme vastauksia kuntien valitsemien vaihtoehtojen mukaan (Taulukko 16). Selkeä enemmistö vastanneista kunnista (68,5 %) ilmoitti perivänsä saman maksun kuin vastaavista palveluista muutoinkin. Vastanneista kunnista 7,1 prosenttia ilmoitti perivänsä alennettua asiakasmaksua ja 5,1 prosenttia vastasi palvelujen olevan omaishoidettaville ilmaisia. Loput kunnista valitsi useamman kuin yhden vastausvaihtoehdon. Seitsemän vastaajaa (3,5 %) rastitti kaikki kolme vastausvaihtoa.

Kun kunnilta kysyttiin omaishoitajille tarjottavien palvelujen asiakasmaksuista, hieman alle 87 prosenttia kunnista ilmoitti perivänsä saman asiakasmaksun kuin vastaavista palveluista muutoinkin. Vastanneista kunnista 6,3 prosenttia ilmoitti, että omaishoitajille tarjotuista palveluista ei peritä asiakasmaksua. Vain kaksi kuntaa (1,1 prosenttia vastanneista kunnista) sanoi perivänsä alennettuja asiakasmaksuja. Loput kunnista valitsi useamman kuin yhden vastausvaihtoehdon.

Taulukko 16. Omaishoidon palvelujen asiakasmaksut ja muiden vastaavien palvelujen asiakasmaksut 30.4.2012

	Omaishoidettavalle tarjotut palvelut Vastaajat, lkm (%)	Omaishoitajalle tarjotut palvelut Vastaajat, lkm (%)
$v_1$ : Peritään samat asiakasmaksut kuin vastaavista palveluista muutoinkin	135 (68,5)	165 (86,9)
$v_2$ : Peritään maksu alennettuna	14 (7,1)	2 (1,1)
$v_3$ : Maksua ei peritä lainkaan	10 (5,1)	12 (6,3)
$v_1$ ja $v_2$	13 (6,6)	2 (1,1)
$v_1$ ja $v_3$	14 (7,1)	7 (3,7)
$v_2$ ja $v_3$	4 (2,0)	2 (1,1)
$v_1$ ja $v_2$ ja $v_3$	7 (3,6)	0 (0)
Vastaajien lukumäärä	197 (100)	190 (100)

Kuntien esittämien arvioiden mukaan asiakasmaksuilla ei näyttäisi olevan vaikutusta omaishoidettavien tai omaishoitajien palvelujen käyttöön. Suurin osa vastanneista kunnista (n=189) arvioi, että maksuilla ei ole vaikutusta omaishoidettavien tai omaishoitajien halukkuuteen käyttää palveluja. Noin puolet vastanneista kunnista oli sitä mieltä, että asiakasmaksut vaikuttavat joidenkin (25–50%) (vuonna 2006 62%) tai vain harvojen omaishoidettavien tai omaishoitajien (5–25 %) halukkuuteen käyttää palveluja (Kuvio 27). Vastaajista 26 prosenttia arvioi, että palvelumaksut eivät vaikuta juuri kenenkään (vähemmän kuin 5 %) halukkuuteen käyttää palveluja. Vain 10 prosenttia vastanneista kunnista arvioi, että palvelumaksut vaikuttavat joko kaikkien tai lähes kaikkien (hoidettavista ja hoitajista 75–100%) tai useimpien asiakkaiden (50–75%) halukkuuteen käyttää palveluja.



Kuva 2. Kuntien arvioita asiakasmaksujen vaikutuksista omaishoidon asiakkaiden halukkuuteen käyttää palveluja (n=189).

Kunnilta kysyttiin myös omaishoitajan lakisääteisen vapaan aikaisten hoidon asiakasmaksuista. Kysymykseen vastanneista kunnista (n=198) 92,4 prosenttia ilmoitti perivänsä 10,60 euron maksun vapaapäivää kohden. Tämä maksu vastasi sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksulain mukaista enimmäismäärää omaishoitajan lakisääteisen vapaan ajaksi järjestettävistä palveluista. Noin 7 prosenttia vastanneista kunnista ilmoitti lakisääteisen vapaan aikaisten palvelujen olevan ilmaisia. Yksi vastanneista kunnista kertoi perivänsä palveluista vähemmän kuin lakisääteisen enimmäismäärän.

## Palvelusetelin käyttö palvelujen järjestämisen keinona

Kunnilta kysyttiin myös palvelusetelin käytöstä omaishoitajan vapaan aikaisten palvelujen tai muiden osana omaishoidon tukea tarjottavien palvelujen järjestämisessä. Vastanneista kunnista (n=190) 35,8 prosenttia ilmoitti käyttävänsä palveluseteliä omaishoitajien vapaiden aikaisten sijaishoidon tai muiden omaishoidon tukeen liittyvien palvelujen järjestämisessä. Kun kunnilta kysyttiin palvelusetelin tuloriippuvuudesta, palveluseteliä käyttäneistä kunnista (n=68) 73,5 prosenttia ilmoitti käyttävänsä asiakkaan tuloista riippumatonta palveluseteliä ja vain 2,9 prosenttia tulosidonnaista seteliä. Loput kunnista eivät vastanneet kysymyksiin.

## 9 OMAISHOIDON TUEN TAVOITTEET JA KEHITTÄMISTARPEET KUNNISSA

### Omaishoidon tuki kuntien strategioissa

Kyselyssä haluttiin koota tietoa siitä, millaisia tavoitteita kuntien vanhus-, vammais- ja/tai hyvinvointipoliittisessa strategiassa on asetettu omaishoidon tuelle. Vastauksia saatiin hieman yli puolelta kyselyyn osallistuneista. Näistä 60 prosentilla strategiaan oli asetettu omaishoidon tuelle sekä määrällisiä että laadullisia tavoitteita. Kokonaan puuttuvien vastausten määrä on tulkittavissa mahdolliseksi viitteeksi siitä, ettei strategisen suunnittelun tasolla ole kaikissa kunnissa asetettu selkeitä omaishoidon tuen tavoitteita. Edellä sanotun perusteella omaishoidon tuen kysymysten sisällyttämisessä strategisen suunnittelun osaksi lienee kunnissa vielä parannettavaa.

Kysymyksen yhteydessä pyydettiin kunnilta tavoitteiden lyhyttä kuvausta, jotta suunnitelmien sisältöä voitaisiin tarkastella lähemmin. Kuvausten määrä (n=97) jäi alhaiseksi, ja vastaukset edustavat alle puolta kyselyyn kaikkiaan osallistuneiden kuntien määrästä. Tämän perusteella ei synny kattavaa kokonaiskuvaa omaishoidon tuesta kuntien strategisen suunnittelun osana. Saaduista vastauksista on kuitenkin mahdollista muodostaa käsitystä siitä, millaisiin asioihin omaishoidon tuen suunnitelmatasoinen kehittäminen kunnissa suuntautui tai vastaajien mielestä tulisi suuntautua. Kuvauksissa painoutuivat määrälliset omaishoidon tuen kattavuustavoitteet sekä lakisääteisten velvoitteiden noudattaminen tai siihen pyrkiminen. Näistä yleisimmin mainittiin pyrkimys 5-6 prosentin kattavuustavoitteen saavuttamiseen, mikä oli STM:n vuosille 2006–2012 laatiman ikäihmisten laatusuosituksen mukainen yli 75-vuotiaiden omaishoidon tuella hoidettavien kattavuustavoite. Tähän suunniteltiin päästävän vuosittaisella budjettimäärärahojen korottamisella, kunnan kriteerit täyttävien omaishoitajien määrän lisäämisellä ja heidän palkkioidensa korottamisella sekä joskus myös pyrkimyksellä palveluiden osittaiseen maksuttomuuteen.

Useat kunnat mainitsivat omaishoidon tuen tavoitetiloina määrällisen kehittämistavoitteen ohella jonkun tai joitakin laadullisia tavoitteita. Näissä painottuivat erityisesti omaishoitajan jaksamisen tukemiseen liittyvät toimet. Omaishoitajien lakisääteisten vapaapäivien toteuman parantamisesta ja keinovalikoimasta tämän saavuttamiseksi oli useita tavoitekirjauksia. Näitä olivat vapaapäivien monipuolinen järjestäminen aktivoimalla omaishoitajia intervalli- ja kuntoutuspaikkojen laajamittaisempaan käyttämiseen sekä vaihtoehtoisten sijais- ja lomituspalveluiden luominen mm. ottamalla paremmin käyttöön sijaishoitajan toimeksiantosopimus vapaapäivien järjestämisessä sekä järjestämällä osa-aikaisen kotihoitajan palveluita. Omaishoitajia pyrittiin tukemaan myös heille suunnattuja virkistysvapaita lisäämällä. Palveluohjauksen sekä seuranta- ja arviointikäyntien parempi toteutuminen miellettiin tärkeäksi kehittämiskohteeksi. Kunnissa oli vastausten perusteella myös halua kehittää edelleen palvelusetelin hyödyntämistä omaishoidon tuen osana. Tavoitteina mainittiin edelleen omaishoitajien parempi sitouttaminen tehtäväänsä, vertais-



ryhmätoiminnan jatkuvuuden takaaminen sekä omaishoitajien tukeminen kunnan ja seurakunnan yhteistyönä. Päivätoiminnan osalta tavoitteena mainittiin sekä päivätoiminnan lisääminen omaishoidettavalle että sen järjestäminen yhteisesti myös omaishoitaja – hoidettava -pariskunnille.

Tavoitesuunnitelmissa kiinnitettiin yleisesti huomioita hoidon laatuun ja siihen, että hoito vastaisi hoidettavan tarvetta yksilöidysti. Erityisesti mainittiin pyrkimys vastata omaishoidon tuen avulla muistisairauksien ja muistiongelmien kasvun aiheuttamaan hoivan tarpeen lisääntymiseen. Toinen esillä ollut erityistarve oli ympärivuorokautisen valvotun asumispalvelun mahdollistaminen omaishoidossa oleville kehitysvammaisille näiden kotikunnan alueella. Tavoitteelliset, yksilöidyt hoito- ja palvelusuunnitelmat mainittiin keinona taata monipuolinen apu ja tuki omaishoitotilanteeseen (ks. myös luku 7). Tärkeäksi tavoitteeksi avovastauksissa nimettiin omaishoitajan ja omaishoidettavan toimintakykyä ylläpitävä toiminta samoin kuin yksilöllisten tarpeiden parempi huomioiminen kohdennettaessa heille tukipalveluita. Ainoastaan kaksi kuntaa mainitsi asiakaskyselyn ja -palautteen keinona seurata omaishoidon tuen kuntasuunnittelun osuvuutta ja tavoitteiden toteutumista. Kuntien tavoitekirjauksissa painottuivat etenkin iäkkäät omaishoidon tuen asiakkaat. Iäkkäät omaishoidettavat muodostavatkin omaishoidon tuen suurimman ryhmän. Omaishoitoa koskevan kuntakyselyn ajankohtana ei ns. vanhuspalvelulaki (920/2012) vielä ollut voimassa, joskin sen voimaantuloa 1.7.2013 tiedettiin ennakoida. Vanhuspalvelulaissa säädetään, että kunnan yleisenä velvoitteena on osana sen strategista suunnittelua laatia suunnitelma ikääntyneen väestön tukemiseksi ja palveluiden järjestämiseksi (säännös astui voimaan 1.1.2014).

## Omaishoidon tuen ja palvelujen haasteet ja kehittämistarpeet kunnissa

Kyselyssä haluttiin selvittää, mitkä asiat olivat ja missä määrin omaishoidon tuen ja siihen sisältyvien palveluiden järjestämisen haasteita kunnissa vuosina 2010–2012. Erittäin haastavaksi arvioitiin sekä omaishoidon asiakasrakenne eli omaishoidettavien suuri hoidon tarve että omaishoitajien haluttomuus pitää lakisääteisiä vapaitaan. Puute omaishoitajien vapaiden aikaisista hoidettavan hoitomahdollisuuksista (esim. sijaishoidosta) sekä omaishoitajien väsymys ja eristäytyneisyys olivat myös haasteita, jotka kunnat kohtasivat usein tai jokseenkin usein. Omaishoidettavien kieltäytymisellä muusta kuin omaishoidosta oli haasteena jokseenkin suuri merkitys, samaten kuin sillä, että kunnilla oli vaikeuksia tarjota kattavasti omaishoidon tukipalveluita omaishoitajille. Sen sijaan vähemmän haasteellisia vastaajien mielestä olivat budjettirahoituksen riittävyys, omaishoitajaksi haluavien tarjonta sekä omaishoidon tukeen sisältyvien palveluiden kattava tarjoaminen omaishoidettaville.

## Omaishoidon tuen sisällyttäminen hoito- ja palvelusuunnitelmiin

Hoito- ja palvelusuunnitelma muodostaa keskeisen välineen niihin päämääriin pääsemiseksi, joita yhteiskunnallisella omaishoidon tukemisella tavoitellaan. Kuntavastaajia pyydettiin kyselyssä nimeämään ja perustelemaan lyhyesti hoito- ja palvelusuunnitelmien kehittämisen haasteita ja tarpeita. Yleisesti ottaen hoito- ja palvelusuunnitelmaa pidettiin hyvänä välineenä, joskin kehittämistarpeita esitettiin runsaasti sekä oman kunnan osalta että valtakunnallisesti. Kuntavastaajien mukaan erityisesti hoito- ja palvelusuunnitelman aseman selkiinnyttäminen omaishoidon toteutumisessa sekä systemaattinen käyttö omaishoitotilanteissa vaatii vielä kehittämistyötä, jotta tavoitteiden ja hoidosta vastaavien osapuolten keskinäisen työnjaon ja sopimusten kirjaaminen tuottaisi haluttuja tuloksia.

Kuntien vastauksista nousee esille valtakunnallisesti yhtenäisten käytäntöjen vaatimus. Vastauksissa toivottiin yhtäläistä, kaikkien kuntien käyttämää hoito- ja palvelusuunnitelmalomaketta, joka olisi saatavilla mieluiten sähköisesti. Sen tulisi kattaa sisällöllisesti kaikki hoidettavan saamat palvelut, mukaan lukien kunnalliset, järjestöjen ja yksityisten tuottamat kuin myös omaishoitosopimuksella sovittu hoiva, palveluiden järjestäjien kesken sovitut työnjaot ja erilaiset hoidon sijaisjärjestelyt. Joissakin vastauksissa korostettiin erityisesti, että hoito- ja palvelusuunnitelmaan tulisi sisällyttää asiakkaan koko lähiverkoston antamat/tarjoamat palvelut. Nykyisissä potilastietojärjestelmissä olevia hoito- ja palvelusuunnitelmia ei pidetty erityisen toimivina. Joistain kunnista myös puuttui kokonaan sähköinen hoito- ja palvelusuunnitelmalomake.

Yhtenäisen hoito- ja palvelusuunnitelman haaste juontuu osin vastaajien mainitsemasta erilaisten suunnitelmien kirjavasta viidakosta ja yhteensovittamisen tarpeesta: asiakkaalla voi olla samaan aikaan voimassa olevat erilliset kotihoidon, päivätoiminnan, vuorohoidon hoito/kuntoutus- ja palvelusuunnitelmat. Vaihtoehtoiseksi malliksi esitettiin, että henkilöllä tulisi olla vain yksi hoito- ja palvelusuunnitelma, jossa olisi osio kaikille hoito- ja palvelusuunnitelmia laativille tahoille (mm. sosiaalityö ja vammaispalvelut, kotihoito, omaishoito, kuntoutuspalvelut ja -suunnitelma sekä apuvälineet, sairaalahoido, palveluasumisen ja laitoshoidon palvelut, erikoissairaanhoidon hoito- ja palvelusuunnitelmat, Kelan myöntämät etuudet). Tällöin henkilön hoitoa ja palvelua suunnittelevat tahot näkisivät jo käytössä olevat palvelut ja apuvälineet, palveluiden kokonaisuus hahmottuisi aiempaa paremmin, ja mahdollistettaisiin saumattomampi tiedonkulku eri toimijoiden kesken. Samalla odotettiin myös eri tahojen yhteistyön tiivistyvän. Moniammatillisuus nähtiin keskeiseksi taakkeksi hoito- ja palvelusuunnitelman laatimiseksi vastaamaan asiakkaan tarpeisiin riittävän laaja-alaisesti. Nykyisellään suunnitelmat jäävät kuntavastaajien mielestä helposti liian yleiselle tasolle ja ne kirjataan puutteellisesti. Hoito- ja palvelusuunnitelma ei tue riittävästi hoitohenkilökunnan käytännön toimintaa.

Valtakunnallisesti yhtäläistä ja sisällöltään yhtenäistä hoito- ja palvelusuunnitelmaa tukemaan toivottiin niin ikään valtakunnallisesti yhtenäisiä palvelutarpeen

arviointimittareita omaishoitoon. Kuntavastaajat pitivät tärkeänä saada valtakunnallisesti yhdenmukaiset kriteerit omaishoidon tuen myöntämiselle, koska kuntien päättävällä olevien myöntökriteerien katsottiin asettavan kansalliset epätasa-arvoiseen asemaan asuinkunnasta riippuen. Eräänä haasteena otettiin esiin valtakunnallisen toimintakykymittarin puuttuminen 18–64 -vuotiaiden hoidettavien hoitoisuuden arvioinnissa. Hoito- ja palvelusuunnitelman sisällöllisiin tekijöihin liittyvinä kehittämistarpeina nähtiin yhtäältä suunnitelmien säännöllisen päivittämisen haasteet. Kaikilla kunnilla ei vastaajien mukaan ole aikaa ja resursseja pitää omaishoidon palvelusuunnitelmia ajan tasalla ja tarkistaa niitä vuosittain vaikka pitävätkin tätä tarpeellisenä. Haasteen muodostavat toisaalta omaishoitotilanteissa tapahtuvat nopeat muutokset. Yhdeksi nykyisen hoito- ja palvelusuunnitelman ongelmaksi kuntavastaajat mainitsivat suunnitelman kohdentumisen vain omaishoidettavan tarpeisiin, jolloin omaishoitajan tarpeet jäävät liian vähälle huomiolle tai jopa huomiotta. Esimerkiksi ensi kertaa hoito- ja palvelusuunnitelmaa tehtäessä on siihen vaikea kirjata pitävästi omaishoitajan lakisääteisiä vapaita koskevia järjestelyitä, koska omaishoitoperheellä ei välttämättä ole tiedossa satikka ennestään kokemusta siitä, kuinka he haluavat järjestää vapaat.

Jotkut kuntavastaajat pitivät omaishoidon tuen järjestelmää sekavana siltä osin, kenelle mikin palvelu suuntautuu, ja korostivat omaishoitoperheen tilanteen huomioimista kokonaisuutena. Lisäksi mainittiin, että hoito- ja palvelusuunnitelman merkitystä ja sitovuutta omaishoidon toteutumisessa ei aina omaishoitajan puolelta osata mieltää. Vastaajat ottivat esille myös sen, että asiakkaan palvelutarveselvityksen, hoito- ja palvelusuunnitelman ja omaishoitosopimuksen tosiasialliset keskinäissuhteet ovat epäselvät. Omaishoitaja esimerkiksi sitoutuu omaishoitosopimuksella hoitovastuuseen ennen kuin palveluiden järjestäjä on tehnyt päätöksen siitä, miten hoito- ja palvelusuunnitelmassa ehdotetut asiakkaan palvelutarpeisiin vastaamisen muodot ja työnjako toteutuvat. Tämä epäselvyys ei ole omiaan tukemaan omaishoitotilanteessa toimivaa omaishoitajaa eikä liioin muuta hoitohenkilökuntaa.

## Omaishoidon tuen palkkioiden ja palveluiden kehittäminen

Kuntavastaajilta tiedusteltiin, millaisia kehittämistarpeita he näkevät omaishoidon tuen palkkioissa ja palveluissa. Kehittämistarpeet pyydettiin erittelemään työssäkäyvien omaishoitajien, eläkkeellä olevien omaishoitajien ja omaishoidettavien kannalta.

Omaishoidon palkkioiden kehittämistarpeet liittyivät etenkin palkkion suuruuteen ja verotukseen. Lisäksi ehdotettiin hoitopalkkion muuttamista tulosidonnaiseksi. Kuntavastaajat pohtivat myös sitä, tukisivatko rahallisen palkkion sijasta omaishoitotilanteeseen annetut palvelut paremmin omaishoitajaa ja hänen hoidettavaansa. Kuntavastaajat toivat esille myös kysymyksen siitä, voisiko omaishoidon järjestämisvastuu siirtyä Kelalle. Siirron arveltiin yhdenmukaistavan käytäntöjä niin

hoitopalkkion suuruuden kuin omaishoidon tuen myöntämiskriteerienkin osalta. Noin puolet (55 %) vastaajista oli sitä mieltä, että lakisääteisen omaishoidon tuen järjestämisvastuun tulisi olla Kelalla. Muutaman (3 %) mielestä kuntien ja Kelan tulisi tehdä yhteistyötä omaishoidon tuen järjestämisessä. Jopa 65 prosenttia kuntavastaajista piti parempana, että omaishoidon tuen myöntämisestä vastaisi Kela. Omaishoidon tukeen sisältyvät palvelut sen sijaan nähtiin useimman vastaajan mielestä tulevaisuudessakin kunnan tehtäviin kuuluviksi (75 %).

Palveluiden monipuolistamisessa (esim. tukipalvelut, omaishoitajien säännölliset terveystarkastukset ja kuntoutus) ja yksilöllisten tarpeiden huomioimisessa nähtiin kehittämisen tarvetta. Kotiin tuotavat palvelut, joilla tuettaisiin kotona selviämistä mahdollisimman pitkään, arvotettiin korkealle. Näihin kuuluivat mm. omaishoitajien koulutus ja ohjaus sekä seuranta- ja tukikotikäynnit. Kuntavastaajien mielestä olisi tärkeää mahdollistaa kodin ulkopuolisten sosiaalisten suhteiden ylläpitäminen ja virkistäytyminen, jonka vuoksi päivätoimintaa ja vertaistukea tulisi kehittää. Hoidon laadun kehittämistä omaishoidossa pidettiin tärkeänä, ja tässä yhteydessä mainittiin mm. kokonaisvaltainen palveluiden tarpeen arviointi sekä omaishoidettavan voimien ja sen muutosten jatkuva seuranta. Hoidon laatuun vaikuttavana tekijänä esitettiin omaishoitajavastuun jakamista mahdollisuuksien mukaan kahdelle henkilölle. Yhdeksi ongelmaksi tunnistettiin erityisryhmien omaishoitotarpeen arvioinnin haasteellisuus. Lisäksi nostettiin esiin tarve kehittää omaishoitotilanteisiin erityisryhmien tarpeiden tunnistamisen työkaluja ja kriteeristöä.

Kuntavastaajien mukaan omaishoitajien vapaapäivien määrää tulisi lisätä ja muiden, lyhyempien vapaiden, pitämistä helpottaa. Lisäksi kehittämistarpeita nähtiin omaishoitajien vapaiden aikaisessa tilapäishoidossa, jonka tarjontaa ja vaihtoehtoja tulisi kasvattaa monipuolisesti. Tässä yhteydessä mainittiin usein perhehoito vaihtoehtoisena lyhytaikaishoitona. Etenkin kotiin annettavaa muiden omaisten ja läheisten antamaa sijaishoittoa (sisältäen sijaishoidon palkkiot) tulisi kehittää voimakkaasti. Jonkin verran tuotiin esille myös tarvetta eriyttää ja mukauttaa tilapäishoidon paikkoja eri-ikäisille omaishoidettaville sopiviksi. Kuntien vastauksissa pidettiin kehittämisen arvoisena myös hoitoalan ammattilaisten tarjoamaa ”tuurajapalvelua”, jonka avulla mahdollistettaisiin tilapäisapua kotiin esimerkiksi omaisen kodin ulkopuolella tapahtuvan asioinnin ajaksi.

## 10 YHTEENVETO JA JOHTOPÄÄTÖKSIÄ

Seurantatutkimuksen aineisto kerättiin vuodenvaihteessa 2012–2013 sähköisellä kyselyllä Manner-Suomen ja Ahvenanmaan kunnista (n=336), joista 227 (68 %) vastasi. Vastausprosentti sekä se, että kuntavastaajat olivat varsin usein jättäneet vastamatta moniin kysymyksiin viittaa siihen, että omaishoidon tukeen liittyvien tietojen tilastointi on kunnissa vielä puutteellista. Jatkossa asiaan on syytä kiinnittää huomiota, jotta omaishoidon tuen lain toteutumisen seuranta olisi luotettavammalla pohjalla. Luotettava vertailutieto auttaisi myös kuntia kehittämään omaishoidon tuen kokonaisuutta.

Saadut vastaukset kattoivat 66 prosenttia omaishoidettavista ja 63 prosenttia omaishoitajista. Miesten osuus sekä omaishoidettavista (56 %) että omaishoitajista (31 %) oli jatkanut kasvuaan. Edelleen kuitenkin useimmin naiset hoitavat ja miehet ovat hoidettavina. Tätä kyselyä tehtäessä oli ensimmäistä kertaa enemmistö sekä omaishoidettavista että omaishoitajista yli 64-vuotiaita. Tapahtunutta muutosta kuvaa myös koko- tai osa-aikaisesti töissä olevien omaishoitajien osuuden samanlainen tasainen väheneminen 2000-luvulla. Suurin kasvu oli tapahtunut puolisoaan hoitavien osuuksissa, sillä heitä oli nyt 10 prosenttiyksikköä enemmän kuin vuonna 2006. Iäkkäiden, usein puolisoaan hoitavien, omaishoitajien määrän lisääntyminen tulee tuomaan haasteita tukipalvelujen kehittämiselle. Toisaalta haasteeksi asettuu sopivien ja riittävien tukipalvelujen kehittäminen myös työssäkäyvien omaishoitajien tarpeisiin. Kunnilla oli suuria vaikeuksia tuottaa tietoa omaishoitajien työmarkkina-asemasta. Saatujen vastausten perusteella arvioimme kuitenkin, että ilmeisesti vain alle viidennes omaishoitajista oli ansiotyössä vuonna 2012. Työsopimuslakiin (55/2001) vuonna 2011 säädetty hoitovapaa-oikeus omaistaan hoitaville (197/2011) oli kyselyä tehtäessä niin tuore uudistus, että sen vaikutuksista ei voida vielä tämän seurantatutkimuksen perusteella sanoa mitään.

Vuosina 2006 ja 2012 toteutettujen kyselyjen vastauksista saatuja lukuja vertailtaessa tulee ottaa huomioon, että näiden kyselyjen kysymyksenasettelu oli monelta osin erilainen. Vuonna 2006 kysyttiin kuntien arvioita palveluja saaneiden osuuksista viisiportaisella asteikolla, kun taas 2012 kuntia pyydettiin antamaan palveluja saaneiden henkilöiden lukumäärät. Ainoastaan omaishoidettavien hoidon järjestämisestä omaishoitajan lakisääteisen vapaan aikana pyydettiin tarkkoja lukumääriä molemmissa kyselyissä. Vuoden 2006 raportissa sanotaan, että vastausten perusteella tehdyt laskennalliset arviot ovat luultavasti todellista osuutta jossakin määrin suurempia (Voutilainen ym. 2007). Vuoden 2012 kyselyssä tavoitteena oli saada täsmällisempi kuva tilanteesta, joten omaishoidon tukeen sisältyviä palveluja koskevat kysymykset laadittiin niin, että kuntavastaajien tuli ilmoittaa kutakin palvelua saavien omaishoitajien tai omaishoidettavien lukumäärä ajanjaksolla 1.1.–30.4.2012. Kuntien ja kuntayhtymien omaishoidon tukeen liittyviä palveluja koskeva tilastointi osoittautui kuitenkin puutteelliseksi. Erityisesti osa suurimmista kunnista ei kyen-

nyt vastaamaan palveluja koskeviin kysymyksiin. Näiden kysymysten kohdalla vastausprosentit olivat kaikkiaan selvästi alhaisemmat kuin kyselyssä muuten.

Omaishoidon tuen palkkioiden kustannukset kasvoivat 13,3 prosenttia vuodesta 2010 vuoteen 2012. Omaishoidon tuen keskipalkkio oli huhtikuun lopussa 2012 440,30 euroa kuntien antamien vastausten perusteella. Nimellinen keskipalkkion kasvu on ollut hidasta 2000-luvun loppuvuosina. Keskipalkkio on noussut vain 0,9 prosenttia vuodessa. Hoitopalkkion kasvu on ollut merkittävästi hitaampaa kuin hintojen nousu, joten hoitopalkkion ostovoima on pienentynyt 2000-luvun loppuvuosina. Omaishoidon tukeen sisältyvien tukipalvelujen kustannusten kehityksestä ei saatu luotettavaa tietoa, sillä kunnat vastasivat huonosti aiheeseen liittyvään kysymykseen.

Omaishoidon tuen hakemuksista hylättiin vastanneissa kunnissa hiukan yli viidennes. Yleisin syy oli omaishoidettavan vähäinen hoidon ja huolenpidon tarve, mutta kunnista melkein joka viides oli joutunut hylkäämään hakemuksia määrärahojen riittämättömyyden vuoksi. Jopa 65 prosenttia vastaajista piti parempana, että omaishoidon tuen myöntämisestä vastaisi Kela. Omaishoidon tukeen sisältyvät palvelut sen sijaan nähtiin tulevaisuudessakin kunnan tehtäviin kuuluviksi.

Kunnissa omaishoidon tukea koskevat hakemukset arvioitiin ja hoitopalkkion suuruus määritettiin hyvin erilaisilla ja osittain eri asioita painottavilla toimintakyvyn mittareilla. Lähes kaikki kunnat ilmoittivat luoneensa kirjalliset kriteerit arvioinnin ja päätöksenteon tueksi, joten yksittäisen kunnan sisällä oli pyritty hakijoiden yhdenvertaisuuteen. Huomattava epäkohta omaishoidon tuessa on, että omaishoitajien ja heidän hoidettaviensa eriarvoisuus on suurta asuinkunnasta riippuen. Valtakunnallisesti yhtenäisten arviointi- ja myöntökriteerien ja palkkioluokkien luominen lainsäädäntöön olivatkin yleisimpiä kuntavastaajien nimeämiä kehittämiskohteita. Näin palveluiden kokonaisuus hahmottuisi aiempaa paremmin ja mahdollistettaisiin saumattomampi tiedonkulku ja tiiviimpi yhteistyö eri toimijoiden kesken. Niin ikään toivottiin valtakunnallisesti yhtenäisiä käytäntöjä omaishoidon tuen ja siihen liittyvien palvelujen sisällyttämisestä hoito- ja palvelusuunnitelmaan. Lisäksi kaivattiin valtakunnallisesti yhtenäisiä arviointimittareita hoidettavien palvelutarpeiden arviointiin.

Hoidettavista arviolta 26 - 46 prosenttia olisi ollut laitoshoidossa ilman omaishoitajaa. Omaishoitajien työpanoksen arvo on siis erittäin suuri ja kuntien tulisikin ottaa tämä huomioon omaishoidon tukeen liittyviä kuntastrategisia päätöksiä tehtäessä. Vastaajat kokivat haasteelliseksi omaishoidettavien suuren hoidon tarpeen ja sen, että noin puolet omaishoitajista jätti lakisääteiset vapaansa pitämättä. Tärkeänä pidettiin omaishoitajan vapaan aikaisten sijaishoitovaihtoehtojen monipuolistamista. Sijaishoidon järjestämisen tavat eivät olleet juurikaan muuttuneet edellisen, vuonna 2006 toteutetun, kuntakyselyn jälkeen, vaikka omaishoitajien tiedetään usein jättävän vapaansa käyttämättä sopivan sijaishoidon vaihtoehdon puuttuessa. Lyhytaikainen laitoshoido oli säilyttänyt asemansa yleisimmin palveluvalikoimaan kuuluvana omaishoitajan vapaan aikaisen sijaishoidon järjestämistapana. Laitoshoidon topainotteisuus on selkeästi yksi tekijä, jonka vuoksi lakisääteisiä vapaita ei pide-

tä. Joko hoidettavaa ei haluta lyhyeksikään aikaa viedä laitokseen tai hoidettava itse kieltäytyy kodin ulkopuolisesta hoidosta.

Vuonna 2011 tehdyn lakimuutoksen mahdollistama sijaishoitajan toimeksiantosopimus ei ollut lisännyt kotiin annettavaa tai kodinomaisempaa sijaishoitoa. Omaishoitajat ja kunnat eivät olleet ilmeisesti vielä oppineet käyttämään tätä uutta vaihtoehtoa omaishoitajien vapaiden aikaisen sijaishoidon järjestämiseen. Lisäksi vastausten perusteella vaikutti siltä, että toimeksiantosopimuksen oli tehnyt osa niistä omaisista ja läheisistä, jotka olivat aiemmin auttaneet ilman palkkiota. Osa kunnista peri asiakasmaksun myös toimeksiantosopimuksen tehneen sijaishoitajan avulla järjestetystä hoidosta, mikä saattoi vähentää halukkuutta palvelun käyttöön.

Omaishoidon tueksi annettavien palvelujen rakenne oli vuonna 2012 monelta osin samankaltainen kuin vuonna 2006. Omaishoidettaville annettiin lähinnä apuvälinepalveluita, kotihoitoa ja lyhytaikaista laitoshoidoa. Omaishoitajat saivat yleisimmin palveluohjausta. Uusina palveluina olivat vähitellen yleistymässä toimeksiantosopimuksen tehneen sijaishoitajan käyttö ja palvelusetelien myöntäminen omaishoitajien vapaiden aikaisen hoidon järjestämiseksi.

Omaishoidon tuen keskeiset kehittämishaasteet liittyivät kuntavastaajien mukaan omaishoidettavien ja -hoitajien elämänlaadun edistämiseen palveluja monipuolisesti kehittämällä ja erityisesti mahdollistamalla lakisääteisten vapaapäivien pitäminen yksilöllisempien sijaishoitovaihtoehtojen avulla. Omaishoitajat eivät välttämättä halunneet ottaa vastaan heille tarjottuja palveluja, koska ne eivät vastanneet heidän tarpeisiinsa. Tärkeiksi kehittämishaasteiksi vastaajat mainitsivat myös virkistys- ja kuntoutuspalveluiden kehittämisen omaishoitajan fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn ylläpitämiseksi ja edistämiseksi yhteistyössä eri toimijoiden kanssa (KELA, kuntayhtymät, järjestöt, seurakunnat). Vain hiukan yli puolet kunnista oli asettanut omaishoidon tuelle julkilausuttuja tavoitteita, joten omaishoidon tuen kysymysten sisällyttämisessä osaksi strategista suunnittelua on vielä parannettavaa.

## LÄHTEET

- Antikainen E. & Vaarama M. (1995). Kotihoidon tuesta omaishoidon tukeen. Valtakunnallinen selvitys omaishoidon tuesta sosiaalipalveluna. Raportteja 172. Stakes, Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (2013). Omaishoidon tuen hoitopalkkiot 4.12.2013. <http://www.stm.fi/tiedotteet/kuntainfot/kuntainfo/-/view/1869680#fi>
- Sosiaali- ja terveysministeriö (2014). Kansallinen omaishoidon kehittämisohjelma. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2014:2 Helsinki. [http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/\\_julkaisu/1877786](http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/_julkaisu/1877786)
- THL, Tilasto- ja indikaattoripankki SOTKANet 2005-2013.
- Vaarama M., Rintala T., Eteläpää-Vainio S. & Sinervo T. (1999). Omaishoidon tuki sosiaalipalveluna. Selvitys omaishoidon tuesta ja sen vaihtelusta vuonna 1998. Selvityksiä 6. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.
- Vaarama, M., Voutilainen, P., Manninen M. (2003). Omaishoidon tuki sosiaalipalveluna. Selvitys omaishoidon tuesta ja sen vaihtelusta 1994–2002. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2003:8. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.
- Valtioneuvoston kanslian julkaisu 2011. Pääministeri Jyrki Kataisen hallituksen ohjelma 22.6.2011.
- Vilkkö, A., Muuri, A., Saarikalle, K., Noro, A., Finne-Soveri, H. (2014). Läheisapu. Teoksessa Suomalaisien hyvinvointi 2014. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki, 222-237.
- Voutilainen, P., Kattainen, E., Heinola, R. (2007). Omaishoidon tuki sosiaalipalveluna. Selvitys omaishoidon tuesta ja sen vaihtelusta 1994-2006. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2007:28. Yliopistopaino, Helsinki.